

Paula Lehto ja Johanna Leskelä (toim.)

INTERAKTIIVINEN HyvinvointiTV® JA KÄYTTÄJÄLÄHTÖISET ePALVELUT Turvallinen Koti -hankkeen loppuraportti



Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja
B•44

Interaktiivinen HyvinvointiTV® ja käyttäjälähtöiset ePalvelut Turvallinen Koti -hankkeen loppuraportti

Paula Lehto ja Johanna Leskelä (toim.)

2011 Espoo



Copyright © tekijät
ja Laurea-ammattikorkeakoulu

ISSN 1458 7238
ISBN 978-951-799-241-1

Edita Prima Oy, Helsinki

Sisällys

TIIVISTELMÄ	5
ABSTRACT	7
ESIPUHE	9
ESIPUHE	11
1 JOHDANTO	14
2 TURVALLINEN KOTI -HANKE	16
2.1 EHYENÄ-osahanke	17
2.2 OMANA-osahanke	18
3 TOIMINTATUTKIMUS JA KÄYTTÄJÄLÄHTÖISET MENETELMÄT TURVALLINEN KOTI -HANKKEESSA	20
3.1 Turvallinen Koti -hankkeen lähtökohdat	20
3.2 Tutkimuksen tarkoitus ja menetelmälliset ratkaisut	22
3.3 Tutkimukseen osallistujat	26
3.4 Käyttäjälähtöiset menetelmät ja aineistonkeruu	28
3.5 Ohjelmateemat ja eHyvinvointipalvelut	31
3.6 HyvinvointiTV:n käsitteellinen malli	34
4 HYVINVOINTITV® ERI KÄYTTÄJÄRYHMIEN ARJEN TUKENA	41
4.1 Interaktiivinen ohjelmatuotanto ikääntyvän arjessa	41
4.2 HyvinvointiTV omaishoitajan tukena	53
4.3 HyvinvointiTV ikääntyneen kotihoidon ja palvelukeskuksen asiakkaan elämän ja arjen tukena Varsinais-Suomessa	59
4.4 HyvinvointiTV:n ohjelmatuotanto kehitysvammaisten henkilöiden ryhmässä	64
4.5 HyvinvointiTV mielenterveyskuntoutujien ryhmätoiminnan tukena	69
4.6 Interaktiivinen HyvinvointiTV nuoren tukena	74
5 HANKKEEN ARVIOINTI JA VAIKUTTAVUUS	79
5.1 HyvinvointiTV:n arviointi käyttäjien näkökulmasta	79

5.2	Asiakaskyselyn tulokset	83
5.3	ePalvelujen arviointi	86
5.3.1	eVastaanotot	87
5.3.2	eApteekkipalvelut	97
5.3.3	Virtuaaliyhteys uusi työmuoto nuoren ja sosiaalityöntekijän välillä	100
5.3.4	Esimerkit ePalvelujen prosessikuvauksista	102
5.4	Käytettävyystudkimuksen tulokset: etähuolenpitojärjestelmän arviointi	107
5.5	Osaamisen tuottamisen arviointi	114
5.5.1	Interaktiivinen HyvinvointiTV oppimisalustana	114
5.5.2	Asiantuntijoiden osaamisen kehittyminen ja työn muutos	120
5.6	Turvallinen Koti -hankkeen teknologiset ratkaisut	123
5.6.1	HyvinvointiTV ja muut teknologiat	124
5.6.2	Arcticare -etähuolenpitojärjestelmä	126
5.6.3	Tekniikan arviointi	130
6	POHDINTA	135
6.1	Tutkimuksen eettiset kysymykset	135
6.2	Luotettavuuden tarkastelu	135
6.3	Tulosten tarkastelu	136
6.4	Uudet toimintamallit	139
6.5	Osaamisen tuottaminen	139
6.6	Jatkohaasteet	141
	LÄHTEET	143
	LIITTEET	152

Tiivistelmä

Turvallinen Koti -hanke on Euroopan unionin Euroopan aluekehitysrahaston (EU/EAKR) rahoittama ja se toteutuu Uudenmaan, Kymenlaakson ja Varsinais-Suomen alueella 1.9.2008-31.8.2011. Hanke koostuu kahdesta osahankkeesta. Ehyenä-osahankkeesta vastaa Laurea-ammattikorkeakoulu ja Omana-osahankkeesta Turun ammattikorkeakoulu. Turvallinen Koti -hanketta koordinoi Laurea. Espoon kaupunki ja Turun kaupunki ovat tärkeässä roolissa hankkeessa. Yrityskumppaneina hankkeessa ovat Videra Oy, Medixine Oy, Everon Oy, ArctiCare Oy, FysioSporttis Oy, Lääkärikeskus Yhtymä ja Medineuvo Oy (ad 29.9.2010).

Turvallinen Koti -hankkeen tarkoituksena oli tutkia, kehittää, tuottaa ja arvioida eHyvinvointipalveluja eri asiakasryhmien hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä kuntoutumisen tai kotona selviytymisen tukemiseksi. Hankkeessa tuotettiin interaktiivisia ohjelmasisältöjä ja valittuja eHyvinvointipalveluja HyvinvointiTV®:n tai vaihtoehtoisten teknologiaratkaisujen avulla. Hankkeen tavoitteena on tuottaa arkea ja hyvinvointia tukevia, ennaltaehkäiseviä virtuaalisia palveluja asiakkaiden koteihin ja osallistaviin ryhmätoimintoihin.

Hankkeen tutkimuksellisenä lähtökohtana on toimintatutkimus ja käyttäjälähtöiset menetelmät. Interaktiivista HyvinvointiTV:n konseptia kehitetään eri toimijoiden kanssa ja toimintaympäristöinä ovat kotiympäristöt, palvelutalot ja asumisyksiköt. Turvallinen Koti -hankkeessa asiakkaat, opiskelijat, kunnat, yritykset ja kolmannen sektorin toimijat kehittävät yhdessä eHyvinvointipalvelukonseptia HyvinvointiTV:tä ja muita soveltuvia teknologioita hyödyntäen.

Osallistujina hankkeessa ovat ikääntyvät (N=176), lastensuojelun pienten lasten perheet (N=4) sekä perhetukikeskuksessa asuvat ja jälkihuollon piirissä olevat nuoret (N=28), mielenterveyskuntoutujat (N=4) sekä kehitysvammaiset henkilöt (N=12). Myös asiantuntijat (N=105) eri toimintaympäristöissä ovat aktiivisesti mukana kehitystyössä. Tutkimukseen osallistujat ovat sekä käyttäjien että palvelujen kehittäjien roolissa. Tiedonkeruu on tapahtunut sekä yksilöhaastatteluina, focusryhmähaastatteluina että workshopityöskentelynä. Tuloksena tiedonkeruusta on muodostettu HyvinvointiTV:n ohjelmateemat ja ideat ePalveluihin. Aineiston analyysimenetelmänä on pääsääntöisesti käytetty laadullista sisällönanalyysia. Toimintatutkimuksen mukaan jatkuvan arvioinnin avulla ohjelmatuotantoa ja ePalveluja on kehitetty ja testattu yhdessä eri toimijoiden kanssa.

Osallistava ohjelmatarjonta koostui mm. ohjatuista toimintatuokioista, interaktiivisista keskusteluohjelmista ja asiantuntijatapaamisista. ePalveluina on testattu mm. eLääkäriä, eSairaanhoidon ja eFysioterapeutin konsultaatiota, eApteekkia, virtuaaliyhteydenpitoa ja eKerhotoimintaa. Hankkeessa kehitettiin ja testattiin interaktiivista kuvallista palvelutoimintaa, jossa integroitui etäseurantaan liittyvät mittarit, turvajärjestelmä sekä e24H-palvelu. Tutkimuksen tuloksena on muodostettu asiakaslähtöinen HyvinvointiTV:n käsitteellinen malli. Mallin rakenteena on edistävät tekijät, estävät tekijät, sisältö ja menettelmät sekä HyvinvointiTV:n merkityksellisyys. Käsitteellisen mallin keskeiset käsitteet ovat osallistuminen, vuorovaikutus ja voimaantuminen. Hankkeen tuloksena tuotettiin myös valittujen ePalvelujen prosessikuvaukset ja kustannukset, asiakkaan kokemaa arviointi sekä osaamisen arviointi.

Haasteena on edelleen HyvinvointiTV:n ja teknologisten ratkaisujen kehittäminen vastaamaan eri asiakasryhmien odotuksia ja virtuaalisten eHyvinvointipalvelujen saatavuutta. HyvinvointiTV:n konseptin siirrettävyys edellyttää tiivistä yhteistyötä kuntien ja eri palvelutuottajien kanssa. Konseptin tuotteistaminen on myös haaste. Jatkotutkimusta tarvitaan edelleen uusien eHyvinvointipalvelujen kehittämisestä, palvelujen saatavuudesta, palvelu- ja asiakasprosessien kuvaamisesta sekä kustannusten että vaikuttavuuden systemaattisesta arvioinnista.

Avainsanat: Asiakasvetoisuus, ePalvelu, hyvinvointi, hyvinvointiteknologia, HyvinvointiTV, terveys, virtuaalipalvelu

Abstract

The Safe Home project (A30723) is funded by the European Union, European Regional Development Fund (EU/ERDF) and implemented in the regions of Uusimaa, SouthWest Finland and Kymenlaakso between 1st of September 2008 and 31st of August 2011. The project is implemented by Laurea University of Applied Sciences and Turku University of Applied Sciences. It consists of two sub projects; Ehyenä project in Laurea UAS and Omana project in Turku UAS. The Safe Home- project was co-ordinated by Laurea University of Applied Sciences in collaboration with key role partners: the City of Espoo and the City of Turku. Videra Ltd., Medixine Ltd., Everon Ltd., ArctiCare Ltd., Fysiosporttis Ltd., Lääkärikeskus Yhtymä and Medineuvo Ltd. (ad. 29.9.2010) were business partners in the project.

The purpose of the Safe Home project was to study, develop, produce and evaluate eWellbeing services with various focus groups; to promote welfare, rehabilitation and support independent living at home. The project produced interactive programmes and chosen eWellbeing services through CaringTV® or alternative technological solutions. The aim was to produce virtual wellbeing services to support the focus group's daily life at home and enhance participation to group activities.

The starting point for the project was Action Research and user driven methods. CaringTV as an interactive concept is developed with various partners and participants. The implementation took place at individual homes, service houses and housing units. Collaboration between clients, students, municipalities, business ventures and third sector partners evolved into a development process of CaringTV and other usable technologies.

The participants in the project included the elderly (N=176), families with small children (N=4) in child welfare, young people (N=28) living in family support center or living at their own homes, persons with mental health problems (N=4) and disabled persons (N=12). In addition, experts (N=105) were included as active participants. All the participants were both service users and concept developers. Data collection was conducted through individual interviews, focus group interviews and workshops.

As the result from the data collection, program themes for CaringTV and eService concepts were developed. Data analysis was conducted mainly through qualitative content analysis.

The participatory programmes consisted of structured activity programmes, interactive discussion programmes and eServices. Piloted eServices included eDoctor, eNurse and ePhysiotherapist consultation services. ePharmacist, eClubs and virtual calls were also piloted. The project tested interactive service actions; that integrated distance monitoring, safety systems and e24h services.

The client driven model of CaringTV was formed as a research result. The model consists of promoting factors, inhibiting factors, content and methods and meaning of CaringTV. Key concepts of the client driven model are participation, interaction and empowering.

The project also produced chosen eService processes and costs, consisting of clients' experiences, evaluation and skills.

The challenges for CaringTV and other technological solutions are the product development. Also the expectations and availability of eWellbeing services is a challenge. The implementation and transferring the CaringTV concept to public use demands close collaboration with municipalities and partners. Transferring the concept into a business is challenging. Future research processes and continuous research is needed with regarding the development of eWellbeing services, the availability of services, service- and customer processes and cost evaluation. Systematic evaluation of effectiveness from all parts demands continuous research and evaluation.

Key words: CaringTV, client driven approach, eService, health, wellbeing, wellbeing technology, virtual service.

Esipuhe

Turvallinen Koti -hanke jatkaa Laureassa 2000-luvulla toteutettuja kehittämissankkeita, joita ovat olleet mm. Coping at home I ja II sekä KOTIIN-hanke. Niiden kaikkien tavoitteena on ollut kehittää uusia toimintamalleja ikääntyneen kotona selviytymiseen ja kotihoitoon. Teknologisena välineenä näissä hankkeissa on ollut HyvinvointiTV. Toiminnan yhteiskunnallista merkittävyyttä havainnollistaa se, että uusimmassa valtakunnallisessa työvoima- ja koulutustarvennusteessa on todettu mahdottomaksi kouluttaa riittävästi henkilökuntaa hoivapalveluihin. Koska näin on, suomalaisessa terveydenhuollossa on pakko kehittää kevyempiä hoitomuotoja, ennaltaehkäisyä ja uusia ratkaisuja laitoshoitotarpeen vähentämiseksi, jotta välttämättömät palvelut voidaan tuottaa.

Hankkeen tavoitteena on ollut syventää ja kehittää HyvinvointiTV:n palvelukonseptia, tuottaa asiakasvetoisia räätälöityjä ePalveluja ja uudenlainen toimintamalli hyvinvointipalvelujen järjestämiseksi hyvinvointiteknologiaa hyödyntäen. Turvallinen Koti -hanke käynnistyi 1.9.2008 ja päättyi 31.8.2011.

Turvallinen Koti -hanke on laajentanut HyvinvointiTV:n avulla tuotettavia palveluja sekä alueellisesti että sisällöllisesti. Se on jakautunut kahteen osahankkeeseen, EHYENÄ-osahankkeeseen, jota on vetänyt Laurea-ammattikorkeakoulu, sekä OMANA-osahankkeeseen, jota on vetänyt Turun ammattikorkeakoulu. Hankkeen kohderyhminä ovat olleet lastensuojelun lapsiperheet ja nuoret, kehitysvammaiset, mielenterveyskuntoutujat sekä ikäihmiset ja omaishoitajat Espoon, Vantaan, Turun, Salon, Laitilan ja Kouvolaan alueella. Toteutukseen ovat osallistuneet kuntien ja ammattikorkeakoulujen lisäksi seuraavat yritykset ja yhteisöt: ASPA palvelut Oy, Helsingin lyhytaikaiskoti ja työpaja Lyhty ry., Auralan Settlementti ry./S-Kotoset, Turun lähimmäispalveluyhdistys ry Kotikunnas, Laitilan terveyskoti, Videra Oy, ArctiCare Technologies Oy, Medixine Oy, Everon Oy, Medineuvo Oy (29.9.2010 saakka), FysioSportis Oy, Lääkärikeskus Yhtymä. Hanketta on rahoitettu EAKR-projektina, ja rahoitus on tullut Päijät-Hämeen Liiton kautta.

Kehittämishankkeeseen on liittynyt tutkimustoiminta, jolla on arvioitu käyttäjien kokemuksia uusista toimintamalleista ja palveluista. Tärkeä osa hanketta on ollut alan opiskelijoiden perehdyttäminen uusien työtapojen ja toimintamallien käyttämiseen. Osahankkeissa on tehty useita opinnäytetöitä. Laurealainen LbD-pedagogiikka on ollut toimintamallina yhdistettäessä hankkeen ja oppimisen tavoitteita. Toimintamallien uudistuminen tapahtuu parhaiten sitten, että uudet alalle tulevat omaksuvat ne opiskeluvaiheessaan.

Tärkeä kysymys on, miten toimintaa voidaan jatkaa hankkeen päättyessä. Teknologia ja toimintamallit ovat olemassa, mutta maksajan löytäminen on vaikeampaa. Kehittämishankkeessa mukana olleet asiakkaat ovat aiheellisesti olleet huolissaan palvelujen jatkumisesta. Tässä olisi oiva käyttökohde hoiva-alan palvelusetelille, joka on käytössä monissa kunnissa. Tämäntapaisten uusien palvelumuotojen laajeneminen edellyttäisi myös omavastuiden lisäämistä. Kaikkea yhteiskunta ei voi maksaa, mutta sen tulisi tarjota kanavat palvelujen käyttöön. Loppuraportin tavoitteena on levittää hankkeessa syntyneitä uusia toimintamalleja ja käytänteitä.

Laajan yhteistyöverkoston toiminta on vaatinut kaikilta osapuolilta ja hankkeen toimijoilta joustavuutta ja ennakkoluulottomuutta, mistä haluan hankkeen ohjausryhmän puheenjohtajana lausua parhaat kiitokset. Erityiskiitoksen ansaitsevat hankkeen vastuutoimijat Paula Lehto, Johanna Leskelä, Esko Ovas-ka, Ari Poikola, Outi Rantala ja Elina Vuorio.

Vantaalla 2011

Pentti Rauhala
rehtori, dosentti
Laurea-ammattikorkeakoulu

Esipuhe

Soveltavalla tutkimus- ja kehitystyöllä vahva pedagoginen yhteys

Ammattikorkeakoulut ja yliopistot eivät ole samanlaisia korkeakouluja, vaan ne täydentävät toisiaan. Myöskään kaikki ammattikorkeakoulut eivät ole keskenään identtisiä, vaan niillä on toimintaympäristöstä, rakenteesta ja kehitystilanteesta johtuvia strategiassa ja laatu järjestelmässä kuvattuja erityispiirteitä. Korkeakoulut pyrkivät omilla piirteillään parantamaan kilpailukykyä, sopeuttamaan toimintaansa alueen tarpeisiin ja lisäämään ulkoista vaikuttavuuttaan. Kukin korkeakoulu on opetusministeriön pyynnöstä määritellyt profiilinsa omien ominaispiirteidensä kuvaamiseksi.

Tämä käsillä oleva Turvallinen koti -hanke on tehty hyödyntäen Turun ammattikorkeakoulun kumppanina toimineen Laurea-ammattikorkeakoulun Learning by Developing -toimintatapaa, joka on oleellinen osa Laurean profiilia. Laurean kehittämispohjaisen oppimisen tavoitteena on korkeakoulun profiilin mukaisesti tuottaa uutta osaamista, joka ilmenee uusina tuotteina, toimintamalleina sekä työkulttuurina. Aluekehitystä tukeva kehittämishanke toimii opiskelijoiden oppimisympäristönä, jossa sekä yksilö että yhteisö tuottavat uutta tietoa ja osaamista.

Turun ammattikorkeakoulu on kehittänyt profiilikseen innovaatiopedagogiikan, joka perustuu asiakaslähtöisyyteen ja innovaatioita edistävään monialaisuuteen. Pedagogiikka tukee Varsinais-Suomen työpaikoilla hyödynnettäviä innovaatioita. Joustavat opetussuunnitelman rakenteet ja vaihtoehtoiset suoritus tavat mahdollistavat säädöksiin perustuvien tutkimus- ja kehitystyön, yrittäjyyden sekä kansainvälisyyden nivomisen opetukseen. Innovaatiopedagogiikka korostaa yksilöoppimisen lisäksi yhteisöllistä sekä verkostomaista oppimista.

Molempien ammattikorkeakoulujen pedagogiset lähtökohdat ovat samantyyppisiä, sillä niissä tulevat selvästi esiin yksilön, yhteisön sekä verkoston oppimisen aluekehitystä tukevassa soveltavassa tutkimus- ja kehitystyössä. Innovaatiopedagogiikassa korostuu kuitenkin Learning by Developing -toimintatapaa selvemmin monialaisuus, joka on tunnusomaista asiakaslähtöisille ja aluekehitystä tukeville innovatiivisille kehityshankkeille. Lisäksi innovaatiopedagogiikka korostaa joustavia opetussuunnitelman rakenteita, yrittäjyyden edistämistä sekä kansainvälisyyttä, jotka ovat oleellisia elementtejä ammattikorkeakoulujen toiminnassa.

Suomalaiset ammattikorkeakoulut ovat kehittäneet pedagogiikkaansa siten, että opetus nivoutuisi soveltavaan tutkimus- ja kehitystyöhön, tukisi aluekehitys-

tä ja antaisi opiskelijoille projektitoiminnan valmiuksia. Opetuksen integrointi soveltavaan tutkimus- ja kehitystyöhön on ammattikorkeakoulujen kansallinen erityispiirre, jolla ei ole selvää kansainvälistä esikuvaa. Myöskään perustutkimusta korostavat yliopistot eivät ole pystyneet tarjoamaan riittäviä pedagogisia lähtökohtia ammattikorkeakoulujen opetuksen kehittämiseksi.

Turvallinen koti -hankkeen tarkoituksena on muun muassa kehittää sähköisiä hyvinvointipalveluja ikäihmisille, omaishoitajille, mielenterveyskuntoutujille, kehitysvammaisille sekä lastensuojelun lapsiperheille ja nuorille. Tämä esimerkillinen hanke sopii erittäin hyvin molempien ammattikorkeakoulujen aluekehitystä tukeviin profiileihin.

Turussa 2011

Juha Kettunen
rehtori, dosentti
Turun ammattikorkeakoulu

Kirjoittajat

Paula Lehto
Yliopettaja, TtT
Laurea

Johanna Leskelä
Projektipäällikkö, TtM
Laurea

Ari Poikola
Projektipäällikkö
Turvallinen Koti -hanke Lau-
rea

Riitta Matero
Projektityöntekijä
Laurea

Hanna Kantell
Projektityöntekijä
Laurea

Katja Tikkanen
Projektityöntekijä
Laurea

Ville Nieminen
Assistentti
Laurea

Annika Isaksson
Assistentti
Laurea

Päivi Immonen-Orpana
Kehittämispäällikkö
Laurea

Elina Vuorio
Projektipäällikkö, VTM
Turun ammattikorkeakoulu

Mika Arvola
Talous- ja
tekniikkavastaava
Turun ammattikorkeakoulu

Kaisa Jokela
Projektisuunnittelija, KM
Turun ammattikorkeakoulu

Jaana Ylitalo
Projektikoordinaattori
Turun ammattikorkeakoulu

Päivi Saalasto
Tietojenkäsittelyn lehtori, FM
Turun ammattikorkeakoulu

Valokuvat: Laurea-ammattikorkeakoulu ja Turun ammattikorkeakoulu

1 Johdanto

Teknologian kehitys edistää uusien innovaatioiden ja palvelujen syntymistä hyvinvointialalle. Euroopan unioni on rahoittanut monia tutkimus- ja kehittämissankkeita, joiden tavoitteena on kehittää ja tukea uusia digitaalisia palveluja. Kehittämistyöllä pyritään löytämään uusia ratkaisuja ja vastauksia olemassa oleviin kysymyksiin kuten väestön ikääntymisen, kroonisten sairauksien lisääntymisen, julkisten menojen kasvun ja terveydenhuollon henkilöstön puutteen tuomiin yhteiskunnallisiin haasteisiin. Hyvinvointiteknologian tutkimisen ja kehittämisen tavoitteena on esimerkiksi Topon (2008) mukaan toimintakyvyn heikkenemisen ennaltaehkäisy ja toimintakyvyn turvaaminen sekä hyvinvointipalvelujen tehostaminen ja kohdentaminen.

Euroopan komissio julkaisi julkisen kuulemisen sähköisen terveydenhuollon toimintasuunnitelmasta vuosille 2012-2020 (Public Consultation on the eHealth Action Plan (eHAP) 2012-2020), jossa korostuu erityisesti seuraavat asiat:

- tietoisuuden lisääminen sähköisten palveluiden käytöstä
- palvelujen laajamittainen käyttö
- teknisten yhteentoimivuusongelmien ratkaiseminen
- oikeusvarmuuden parantaminen
- innovoinnin ja tutkimustoiminnan tukeminen.

HyvinvointiTV® on innovaatio, joka perustuu tutkimukseen. HyvinvointiTV:tä on kehitetty kolmessa eri TKI-hankkeessa. HyvinvointiTV:n tutkimuksessa ja kehittämisessä sovelletaan toimintatutkimuksellista lähestymistapaa (esim. Lehto 2008, Raij & Lehto 2010). Toimintatutkimuksessa eri toimijat ovat aktiivisia osallistujia kehittämisprosessissa. Uuden tiedon tai toiminnan tuottaminen tapahtuu syklisesti oikeissa elämän tilanteissa ja konteksteissa. Toimintatutkimuksessa yhdessä toimijoiden kanssa tarkastellaan toiminnan taustaa, reflektoidaan ja kehitetään vaihtoehtoja ongelmien ratkaisemiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi. (vrt. Aaltoila & Syrjälä 1999, Kuula 2000, Heikkinen 2001.) HyvinvointiTV:n hankkeissa toimijoina ovat olleet eri käyttäjäryhminä asiakkaat, läheiset, sosiaali- ja terveysalan asiantuntijat, yhteistyökumppanit ja opiskelijat.

Turvallinen Koti -hankkeen rahoitus tuli Euroopan unionin Euroopan aluekehitysrahastolta (EAKR). Hanketta on toteutettu Uudenmaan, Kymenlaakson ja

Varsinais-Suomen alueilla. Hankkeen päätoimijana ja koordinoijana on ollut Laurea- ammattikorkeakoulu. Turun ammattikorkeakoulu on ollut mukana omalla osahankkeellaan. Turvallinen Koti -hankkeen tarkoituksena oli tutkia, kehittää ja tuottaa uudenlaisia eHyvinvointipalveluja HyvinvointiTV:n ja vaihtoehdoisten teknologioiden avulla eri asiakasryhmien kotona selviytymisen tukemiseksi. Turvallinen Koti -hankkeessa asiakkaat, korkeakoulut, kunnat, yritykset ja kolmannen sektorin toimijat ovat kehittäneet yhdessä eHyvinvointipalvelukonseptia HyvinvointiTV:tä ja muita soveltuvia teknologioita hyödyntäen. Hankkeen tavoitteena oli tuottaa arkea ja hyvinvointia tukevia, ennaltaehkäiseviä virtuaalisia palveluja asiakkaiden koteihin ja osallistaviin ryhmätöihin.

Hankkeen tutkimus on perustunut toimintatutkimukseen ja käyttäjälähtöisiin menetelmiin. Toimintatutkimuksen luonne on sopiva lähtökohta uusien teknologisten ratkaisujen testaukseen ja pilotointiin (vrt. Hyysalo 2009, Kuula 2000). Dynaamisen prosessin ansiosta toimintatutkimus on parhaimmillaan itseään korjaava ja uutta tuottava. Toimintatutkimuksessa kerätään tietoa prosessin eri vaiheissa ja eri toimijoilta. Kerätyn tiedon perusteella toimintaa suunnitellaan ja korjataan arvioinnin kautta. Käyttäjälähtöisyys ja LivingLab-toimintamalli ovat tämän päivän eurooppalaisen tutkimus- ja kehitystyön sekä innovaatiotoiminnan peruslähtökohtia. Turvallinen Koti -hankkeessa käytettiin viitekehystenä Hyysalon (2006) esittämää käyttökokemuksen tarkastelua ja sen eri näkökulmia. Tutkimuksessa käyttäjätutkimukseen liitettiin myös tapaustutkimus, jolloin eri osallistujaryhmille toteutettuja interaktiivista ohjelmatuotantoa ja eHyvinvointipalveluja voitiin testata ja tuottaa oikeissa ympäristöissä. Eri asiakasryhmät ovat olleet tässä hankkeessa eettisesti erittäin vaativia ja sensitiivisiä.

Tässä hankkeen loppuraportissa esitellään hankkeen tutkimuksen lähtökohdat, menetelmälliset ratkaisut ja niiden tuottamat tulokset. HyvinvointiTV:n interaktiivinen ohjelmatuotanto ja valitut ePalvelut kuvataan eri asiakasryhmittäin. Tuloksia tarkastellaan ikääntyvien, omaishoitajien, kehitysvammaisten henkilöiden, mielenterveyskuntoutujien ja lastensuojeluasiakkaiden näkökulmasta. Aidot esimerkit interaktiivisesta ohjelmatuotannosta, ePalveluista, teknologisista ratkaisuista ja uusista työmenetelmistä kuvataan tapaustutkimusta hyödyntäen. Arvioinnin näkökulmasta tarkastellaan HyvinvointiTV:n ja muiden teknologisten ratkaisujen merkitystä asiakaskyselyn ja käyttäjälähtöisten testaustulosten kautta. Prosessikuvausta hyödyntäen esitetään kahden tuotetun ePalvelun prosessimallit ja niiden kustannukset. Osaamisen arviointia tarkastellaan sekä asiantuntijoiden että opiskelijoiden osaamisen kehittymisenä.

2 Turvallinen Koti -hanke

Ari Poikola

Turvallinen Koti -hanke jakautuu kahteen osahankkeeseen: Ehyenä-osahankkeeseen ja Omana -osahankkeeseen. Hankkeessa asiakkaat, korkeakoulut, kunnat, yritykset ja kolmannen sektorin toimijat ovat kehittäneet yhdessä eHyvinvointipalvelukonseptia HyvinvointiTV:tä ja muita soveltuvia teknologioita hyödyntäen. Turvallinen Koti -hankkeen tarkoituksena on ollut tutkia, kehittää, tuottaa ja arvioida eHyvinvointipalveluja eri asiakasryhmien hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä kuntoutumisen ja kotona selviytymisen tukemiseksi. Hankkeeseen on osallistunut ikäihmisiä, omaishoitajia, mielenterveyskuntoutujia, kehitysvammaisia henkilöitä sekä lastensuojelun lapsiperheitä ja nuoria.

Hankkeen lähtökohtana on ollut toimintatutkimus ja Laurean Learning by Developing-toimintamalli. Osallistujina ovat olleet asiakkaat, opiskelijat, hyvinvointialan asiantuntijat sekä yhteistyö- ja yrityskumppanit. Teknologisina ratkaisuin on sovellettu interaktiivista HyvinvointiTV:tä, etähuolenpitojärjestelmiä, turvapiiriä ja etämittareita, kuten vaaka, verenpaine- ja verensokerimittarit. Hankkeessa tuotettiin sekä ohjelmasisältöjä että valittuja ePalveluja. Lisäksi on tutkittu, testattu ja mallinnettu 24h ePalvelukonseptia sekä siihen liittyviä toimintaprosesseja ja niiden kustannustehokkuutta.

Hankkeessa on mukana yhteistyökumppaneina kuntia ja kolmannen sektorin toimijoita. Heillä on ollut kaksijakoinen rooli hankkeessa: yhtäältä ne ovat toimineet testiympäristönä toiminnalle ja tuoneet sisältöjä em. kohderyhmien arkeen, ja toisaalta tuottaen itsekin sisältöjä ja ePalveluja hankkeessa mukana oleville asiakasryhmille. Sisällöntuotannon yhteistyössä on pyritty hyödyntämään parhaalla mahdollisella tavalla eri toimijoiden erityisosaamista ja paikallistuntemusta.

Hankkeen tuloksia on esitetty useissa seminaareissa, konferensseissa ja tapahtumissa sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Molemmissa osahankkeessa on tehty lukuisia opinnäytetöitä. Hanke on ollut esillä mediassa ja siitä on kirjoitettu artikkeleita. (Liite 1.)

2.1 EHYENÄ-osahanke

Uudellamaalla ja Kymenlaaksossa toteutettavassa osahankkeessa kehitetään uusia ennaltaehkäiseviä ePalveluja asiakasvetoisesti. Tarkoituksena on tutkia, kehittää ja tuottaa uudenlaisia eHyvinvointipalveluja HyvinvointiTV®:n ja vaihtoehtoisten teknologioiden avulla eri asiakasryhmien kotona selviytymisen tukemiseksi.

Osahankkeen tavoitteena on

- parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta tuottamalla uusia ennaltaehkäiseviä ePalveluja
- tutkia, kehittää ja mallintaa eri kohderyhmille sopivia kestävän hyvinvoinnin prosesseja, malleja ja osallistavia palveluja asiakasvetoisesti
- tuotteistaa HyvinvointiTV:n ohjelmakokonaisuuksia, ePalvelun sisältöjä ja palvelukokonaisuuksia
- pilotoida ePalvelujen toteutumista 24h-palveluna
- osoittaa ePalvelukonseptin kustannustehokkuus valittujen ePalvelujen kohdalla
- tutkia, kehittää ja testata vaihtoehtoisia ePalvelujen käyttöliittymiä.

Osahankkeessa kehitettiin ja testattiin interaktiivista kuvallista palvelutoimintaa, jossa integroituu etäseurantaan liittyvät mittarit, turvajärjestelmä sekä e24H-palvelu. Hankkeessa tuotteistettiin erilaisia HyvinvointiTV:n ohjelmakokonaisuuksia, ePalvelusisältöjä sekä palvelukokonaisuuksia. Syntyneet palveluprosessit kuvataan ja mallinnetaan sekä niiden kustannukset selvitetään hankkeen tuotoksena.

Asiakasryhminä olivat ikääntyneet (kotiympäristö tai palvelutalo), lastensuojeluasiakkaina pienten lasten perheet sekä kotona asuvat tai ryhmätoimintaan osallistuvat nuoret, asumispalveluyksiköiden mielenterveyskuntoutujat ja kehitysvammaiset henkilöt. Yhteensä osahankkeeseen osallistui 136 asiakasta ja 77 asiantuntijaa.

Laurea-ammattikorkeakoulu vastaa koko Turvallinen Koti -hankkeesta sekä Uudellamaalla ja Kymenlaaksossa toteutettavasta osahankkeesta. Laitetoimittajina hankkeessa ovat Videra Oy, Everon Oy sekä Medixine Oy. Videran HyvinvointiTV laitteistoja on ollut hankkeen käytössä yhteensä 44 (kosketusnäyttö, mobiili ja lähetyskeskus). Tämän lisäksi teknologisina laitteina on ollut Medixinen etämittaripaketteja (verenpaine ja vaaka) sekä Everonin turvaratkaisuja. Yrityskumppaneina ovat olleet myös Lääkärikeskus Yhtymä Oy ja FysioSporttis Oy sekä Medineuvo Oy (29.9.2010 saakka).

Osallistujina osahankkeessa ovat Espoon kaupungista perhe- ja sosiaalipalvelut sekä vanhustenpalvelut, Kuusankoskelta ja Kouvolasta ASPA Oy:n toimintaan liittyviä yksiköitä sekä Helsingissä toimiva asumispalvelukeskus Lyhty ry.

2.2 OMANA-osahanke

Osahankkeen tavoitteena on ollut toimia ennakoivasti ja toisaalta juurruttaa jo aiemmin InnoELLI Senior 2006-2008 -ohjelman KOTIIN -hankkeessa kehitettyä, HyvinvointiTV:n ohjaus- ja neuvontapalvelukonseptia Varsinais-Suomeen. Lisäksi osahankkeessa on laajennettu hyvinvointiteknologian testausta etä-huolenpidon ja turvaratkaisun laitteistolla. Pää tavoitteena on ollut toimintatutkimukseen perustuvan, asiakaslähtöisen ohjaus- ja neuvontapalvelukonseptin kehittäminen, monipuolistaminen ja toiminnan pilotointi eri ikääntyneiden kohderyhmillä. Hanke on toteutettu tiiviissä yhteistyössä aiemman yhteistyö-verkoston kanssa ja mukaan on liitetty palveluja monipuolistavaa verkostoyhteistyötä. Osahankkeen erityisvahvuutena on ollut läheisten etäyhteydenpidon lisääminen osaksi ePalvelua.

Osahankkeen keskeiset tavoitteet ovat olleet seuraavat:

- Kehitetään eteenpäin ohjaus- ja neuvontakonseptia Varsinais-Suomen alueella toimintatutkimuksellisella ja käyttäjälähtöisellä otteella, mikä toteutetaan ohjaus- ja neuvontapalvelujen sisäisellä (Turun AMK) ja ulkoisella (yhteistyötahot, kuten Palvelukeskus Kotikunnas, Aurala, Laitilan Terveyskoti sekä Laitilan, Salon ja Turun kaupungit) monipuolistamisella.
- Juurrutetaan toimintaa paikallistasolle osaksi vanhuspalvelujen, omaishoidon, pitkäaikais- ja kuntoutushoidon työkalutuuia sekä osaksi Turun AMK:n monialaista (koulutusohjelmien ja tulosalueiden välistä) toimintaa.
- Testataan ikääntynyt-läheis-yhteydenpitoon tarkoitettuja teknologiaratkaisuja.

OMANA-osahankkeen kohderyhmänä oli ikääntyneet, kotihoidon asiakkaat ja omaishoitajat sekä pitkäaikaissairaat ja kuntoutusta tarvitsevat asiakkaat ja ikääntyneet palvelukeskusasiakkaat. Virtuaalisen ohjaus- ja neuvontapalvelukonseptin pilotointiin ja toimintatutkimukseen on osallistunut kaikkiaan 91 asiakasta ja 28 asiantuntijaa.

Videra Oy ja ArctiCare Technologies Oy ovat toimineet kilpailutuksen jälkeen osahankkeessa teknologiayrityksinä. Laitilassa on ollut neljä HyvinvointiTV® -laitetta ja neljä ArctiCaren etähuolenpitojärjestelmän laitteistoa, joita ovat

käyttäneet Laitilan kaupungin kotihoidon iäkkäät asiakkaat kotonaan. Lisäksi Laitilan Terveyskodissa on ollut HyvinvointiTV palvelukeskuksen ikääntyneiden käytössä ryhmätilassa. Salossa puolestaan on ollut testikäytössä seitsemän HyvinvointiTV:tä Salon kaupungin iäkkäillä omaishoitajilla kotonaan. Turussa on keskitytty HyvinvointiTV-laitteistojen pilotointiin palvelukeskusympäristöissä ja näin ollen laitteita on ollut Auralan, Kotikunnaan, Lehmusvalkaman ja Portsakodin yhteisissä tiloissa.

Osahankkeessa on kerätty em. kohderyhmiltä säännöllisesti käyttäjäpalautetta, joka on perustunut Turvallinen koti -hankkeen toimintatutkimuksellisiin lähtökohtiin. Varsinais-Suomessa kohderyhmän muodostamisen perusteena on ollut kotona asumisen tukeminen jo tukea tarvitsevien asiakkaiden osalta ja toisaalta ennakoiden tulevia palvelujen käyttäjiä (tässä vertaisryhmän asiakkaat). Osahankkeen lisäarvona on ollut kehittää erityisesti ikääntynyt-läheisyhteyttä HyvinvointiTV:n sekä etähuolenpitojärjestelmän tekniikoiden avulla. Vuorovaikutteinen kuvallinen yhteys pilottiin osallistuneiden ikääntyneiden sekä omaisten ja läheisten välillä on tuonut käyttäjille uudenlaisia mahdollisuuksia osallistua toistensa arkeen vastavuoroisesti.

Osahankkeessa työelämäyhteistyökumppaneita ovat olleet kuntatoimijoista Laitilan kaupunki (sosiaali- ja terveystoimen kotihoito), Salon kaupunki (vanhuspalvelut, omaishoito) ja Turun kaupunki (sosiaali- ja terveystoimen palvelukeskusympäristöt), Turun Lähimmäispalveluyhdistyksen Palvelukeskus Kotikunnas, Laitilan Terveyskoti ja Aurala. Organisaatiot ovat osallistuneet hankkeeseen testaamalla HyvinvointiTV:tä ja / tai etähuolenpitojärjestelmää sekä näiden laitteiden välityksellä tuotettuja e-palveluja sosiaali- ja terveystoimialan avohuollon palvelujen, omaishoidon ja palvelukeskustoiminnan yhteydessä.

3 TOIMINTATUTKIMUS JA KÄYTTÄJÄLÄHTÖISET MENETELMÄT TURVALLINEN KOTI -HANKKEESSA

Paula Lehto

3.1 Turvallinen Koti -hankkeen lähtökohdat

Sosiaalisesti Kestävä Suomi 2020 - sosiaali- ja terveystalouden strategiassa painotetaan edelleen saumatonta yhteistyötä asiantuntijoiden ja kansalaisten välillä. Yhteistyötä edellytetään erityisesti ikääntyvän väestön, mielenterveys- ja päihdehuollon ja syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja nuorten kohdalla. Tavoitteena on viestintätekniikan ja uusien palvelumuotojen hyödyntäminen kotona asumisen ja itsenäisen selviytymisen mahdollistamiseksi. (Sosiaalisesti Kestävä Suomi 2020.)

Esteettömyys, saavutettavuus ja itsenäinen suoriutuminen ovat yhteiskunnallisesti tärkeitä käsitteitä. Suomessa sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjausta ja tuottamista on uudistettu eri keinoin viimeisen vuosikymmenen aikana. Jopa edellisessä hallitusohjelmassa on painotettu asiakaskeskeisiä, kattavia sekä vaikuttavia sosiaali- ja terveyspalveluja sekä hyvien toimintakäytänteiden toteuttamista sosiaali- ja terveydenhuollon tiiviillä yhteistyöllä. Ohjelmassa sitoudutaan vanhusväestön hyvän hoidon turvaamiseen ja ennalta ehkäiseviin palveluihin. Erityisesti tavoitteena oli edistää kotihoitoa, sitä tukevia palveluja ja ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista. Lisäksi kehitetään omaishoitoa ja luodaan kattava ikäihmisten neuvonta- ja palveluverkosto koko maahan. (Valtioneuvosto 2007a.) Keskeisenä tavoitteena on ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (Valtioneuvosto 2007b). Myös kansallisessa KASTE -ohjelmassa ovat ikäihmisiä koskevat kysymykset esillä. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa todetaan, että ikääntyneiden henkilöiden sairauksia voidaan ehkäistä, toimintakykyä edistää ja kuntouttaa sekä sitä kautta tukea ikääntyneiden autonomiaa. Ikäihmisillä tulisi olla mahdollisuus kehittää taitojaan, tietojään ja itsehoitotaitojaan sekä elää mahdollisimman itsenäistä ja laadullisesti mielekästä elämää riittävän taloudellisen toimeentulon turvin. Ikääntyneiden itsenäisen ja esteettömän elämän tueksi tulisi asumis-, lähipalvelu- ja liikenneympäristöjä kehittää sekä hyödyntää uutta teknologiaa. Samankaltaisia tavoitteita on löydettävissä myös Ikäihmisten palvelujen laa-

tusuosituksessa, jota uudistettiin vuonna 2008. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistamiseen liittyy oleellisesti digitaalisten palvelujen kehittäminen. Digitaalisten palvelujen kehittämisessä ja suunnittelussa lähtökohtia ovat käytettävyys, joustavuus, turvallisuus ja esteettömyys. Palvelujen laatua ja saatavuutta voidaan arvioida asiakkaiden ja asiantuntijoiden käyttökokemuksella ja palvelujen vaikuttavuudella ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen sekä arjen elämään. Digitaalisten palvelujen siirtyminen sosiaali- ja terveydenhuoltoon edellyttää myös uusien toimintatapojen kehittämistä ja osaamista. (Heiskanen, Hyvönen, Repo & Saastamoinen 2007, Hautamäki 2008).

Palvelun päämääränä on tukea ikääntyvän hyvää elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä suoriutumista riippumatta toimintakyvystä. Lähtökohdana on iäkkään tarpeet. Oma koti on ikäihmiselle merkityksellinen ja tärkeä paikka, jonne myös palveluja, kuten kotisairaanhoidtoa ja kotipalveluja tarvitaan. (Krons, 2003.) Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus asettaa tavoitteeksi, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuinympäristössä. Jokaisessa kunnassa tulee olla ajantasainen vanhuspoliittinen strategia, joka turvaa ikääntyneiden sosiaaliset oikeudet ja tähän strategiaan tulee sisältyä kehittämisohjelma. Kehittämisohjelmassa tulee osoittaa riittävät voimavarat ja palvelun on oltava eettistä ja asiakaslähtöistä ja siinä tulee noudattaa hoidon suosituksiin perustuvia hoitokäytäntöjä. Tavoitteiden toteutumisen seuraamiseksi käyttöön otetaan seurantajärjestelmä, johon sisältyy palvelukohtaiset laatuindikaattorit. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008)

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus asettaa tavoitteeksi, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuinympäristössä. Espoon vuonna 2002 hyväksytty vanhuspoliittinen ohjelma on uudistettu ikääntymispoliittiseksi ohjelmaksi vuosiksi 2009-2015 (Kylmänen-Kurkela ym. 2009). Tässä ohjelmassa yksi linjaus on, että teknologian avulla tuetaan omaehtoista elämistä. Hyvinvointiteknologialla pyritään palvelemaan hyvinvoinnin edistämistä ja sairauksien ennaltaehkäisyä. Tietotekniikka mahdollistaa etäpalveluiden käytön ja hyvinvointiteknologian kehittymisen myötä voidaan painopiste laitoshoidosta siirtää avohoitoon ja kotiin. Kotihoidossa onkin otettava huomioon, miten teknologiaa voidaan hyödyntää hoitotyössä.

Hyvinvointiteknologialla tarkoitetaan erilaisia teknisiä ratkaisuja, joiden avulla voidaan ylläpitää tai parantaa ihmisen elämänlaatua, hyvinvointia tai terveyt-

tä. Hyvinvointiteknologialla on tarkoitus lisätä joustavuutta ja tehokkuutta hyvinvointipalvelujen tuottamisessa. Teknologia on tasa-arvoistanut palvelujen käyttäjiä suhteessa toisiinsa, parantanut saatavuutta, helpottanut palvelujen tarjoajien työtä ja säästänyt kustannuksia. (vrt. Jones, Skirton & McMullan 2009.) Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollossa hyvinvointiteknologia määritellään tietoteknisiksi ratkaisuiksi, joilla ihmisen elämänlaatua parannetaan. Hyvinvointiteknologiaa käytetään yhä enemmän ikäihmisten avuksi. (Ahtiainen & Auranen, 2007, Tanskanen ym. 2009).

Hyvinvointiteknologian avulla voidaan parantaa palvelujen laatua. Se tarjoaa mahdollisuuden kehittää uusia ihmisten hyvinvointia lisääviä ratkaisuja. Hyvinvointiteknologia on ihmisläheistä ja siinä sovelletaan poikkitieteellisesti uutta tietoa esimerkiksi sairauksien ennaltaehkäisyyn, diagnostiikkaan sekä seurantaan liittyvää tekniikkaa. Uudenlaiset teknologiaratkaisut tukevat mm. kotisairaanhoidoa ja kansalaisen itsehoitoa. (Hallipelto, 2008.)

Eettiset kysymykset tulevat entistä tärkeämmiksi ja edellyttävät systemaattista tutkimusta siirryttäessä hyvinvointialalla virtuaalipalveluihin (Topo 2008). Asiantuntijoiden ja henkilöstön koulutus sekä osaamisen päivitys tulee tapahtua joustavasti. Oppimista tukevien ja osaamista lisäävien teknologisten välineiden, menetelmien ja toiminnan digitalisoituminen edellyttävät osaamisen tutkimista ja kehittämistä. Uuden teknologian tuoma murros luo uusia liiketoimintamahdollisuuksia ja tarpeita asiakaslähtöiselle innovaatiotoiminnalle (Lehenkari, Kautonen, Lemola & Viljamaa 2009).

3.2 Tutkimuksen tarkoitus ja menetelmälliset ratkaisut

Turvallinen Koti -hankkeen tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, kehittää, tuottaa ja arvioida eHyvinvointipalveluja eri asiakasryhmien hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi, kuntoutumisen tai kotona selviytymisen tukemiseksi. Hankkeessa tuotetaan sekä interaktiivisia ohjelmasisältöjä että valittuja eHyvinvointipalveluja HyvinvointiTV:n tai vaihtoehtoisten teknologiaratkaisujen avulla. Tavoitteena on tutkia, testata ja mallintaa eHyvinvointipalvelukonsepti ja siihen liittyvät toimintaprosessit.

Hankkeessa selvitettiin eHyvinvointipalvelujen kustannustehokkuutta valittujen asiakasryhmien, valittujen palvelujen ja teknologiaratkaisujen näkökulmasta. Tavoitteena oli mallintaa valittujen ePalvelujen toimintaprosessit ja niiden kustannukset. Hankkeessa arvioitiin myös uudenlaista eHyvinvointipalveluihin ja niiden tuottamiseen liittyvää osaamista.

Tutkimustehtävänä oli hakea vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälainen eHyvinvointipalvelukonsepti rakentuu asiakasvetoisena toimintamallina?
 - Minkälaisia odotuksia eri asiakasryhmillä ja asiantuntijoilla on eHyvinvointipalvelujen sisällöstä ja toteutuksesta?
 - Minkälaisilla menetelmillä eHyvinvointipalveluja tuotetaan?
2. Miten valitut eHyvinvointipalvelut vaikuttavat eri asiakasryhmien hyvinvointiin?
 - Minkälaisia käyttäjäkokemuksia eri asiakasryhmillä ja asiantuntijoilla on tuotetuista eHyvinvointipalveluista?
3. Miten eHyvinvointipalvelun prosessikuvaukset mallintuvat?
4. Minkälaista osaamista hankkeessa tuotetaan?

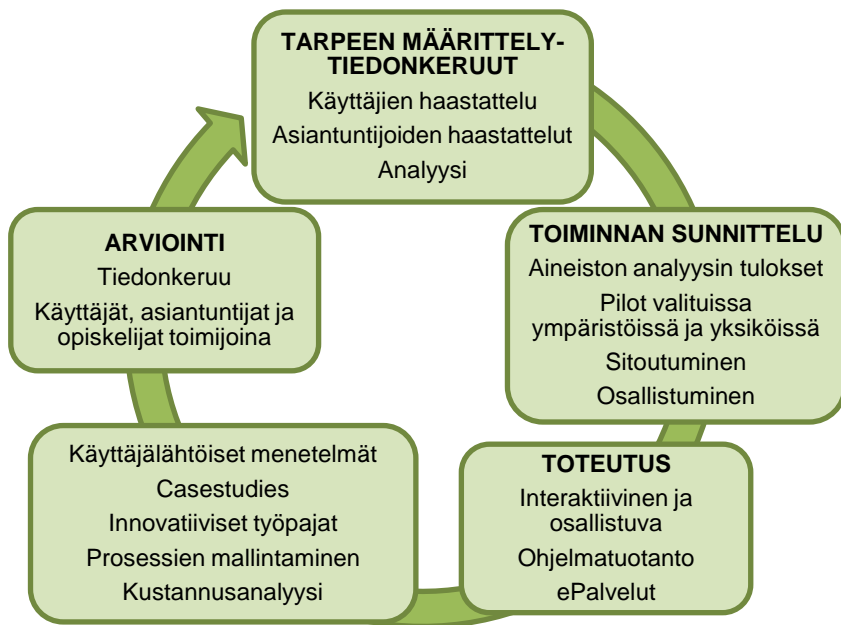
Hankkeen tutkimuksen menetelmälliseksi lähtökohdaksi valittiin toimintatutkimus. Toimintatutkimuksen tutkimusprosessiin kuuluu se, että tutkittavat ovat aktiivisia osallistujia muutos- ja tutkimusprosesseissa, tutkimus kohdentuu käytäntöön ja on prosessina syklinen, jolloin suunnittelu, toiminta ja arviointi vuorottelevat. Toimintatutkimuksessa analysoidaan toiminnan taustaa, reflektoidaan ja kehitetään vaihtoehtoja ongelmien ratkaisemiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi sekä tuotetaan uutta tietoa ja toimintatapaa (vrt. Aaltoila & Syrjälä 1999, Kuula 2000, Heikkinen 2001). Toimintatutkimus perustuu kriittiseen tiedonintressiin, jolloin tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa ja toimintaa (Kyrö 2004). Toimintatutkimuksen peruslähtökohtina ovat käytännölläisyys, tutkittavien osallistuminen ja muutokseen liittyvän uuden toiminnan tai intervention luominen. (Kuula 2000). Hankkeessa toimijoina ovat asiakkaat, läheiset, sosiaali- ja terveysalan asiantuntijat, yhteistyökumppanit ja opiskelijat. Tiedonkeruussa käytettiin monipuolisia menetelmiä, jolloin hankkeen eri vaiheissa saatiin tuotettua proaktiivisesti uutta tietoa ja toimintaa. Turvallinen Koti -hanke perustui toimintatutkimukseen, käyttäjästudioon ja tapaustutkimukseen. Toimintatutkimus sitoi uuden kehittämisen välittömästi prosessin aikana oikeaan toimintaympäristöön kuten kotiympäristöön tai palvelutaloympäristöön. Eri käyttäjäryhmät toimijoina mahdollistivat hyvinvointiteknologian käyttökelpoisuuden ja sisältöjen soveltuvuuden heidän odotuksiinsa ja elämäntilanteisiinsa. Tapaustutkimuksen kautta yksilöt, ryhmät, tilanteet ja jopa organisaatiot osoittivat hyvinvointiteknologian vahvuudet ja heikkoudet eri konteksteissa. Tapaustutkimuksen kautta kyettiin pilaamaan joitakin uusia toimintatapoja ja löytämään ratkaisuehdotuksia. Seuraavassa taulukossa kuvataan toimintatutkimuksen, tapaustutkimuksen ja käyt-

täjätkimukseen tarkoitusta, prosessia, aikaperspektiiviä ja toimijoiden roolia. (Taulukko 1)

Taulukko 1. Toimintatutkimuksen, tapaustutkimuksen ja käyttäjätkimuksen luonnehdintaa (Heikkinen 2001, Saarela - Kinnula & Eskola 2001, Yin 1994)

	Toimintatutkimus	Tapaustutkimus	Käyttäjätkimus
Tarkoitus	Muutos Voimaantuminen	Ymmärtäminen ja uudelleen konstruointi	Tiedon, taidon, osaamisen ja kokemusten jakaminen
Prosessi	Dialogi ja kriittinen reflektio Aktiivinen osallistuminen	Retrospektiivinen kuvaus	Testaus, pilotointi ja uuden tuottaminen Hiljaisen tiedon, ideoiden ja ratkaisujen tuottaminen
Aikaperspektiivi	Nykyisyys	Mennyt - nykyisyys	Nykyisyys - tulevaisuus
Toimijoiden rooli	Yksilöt kumppaneina vuorovaikutuksessa	Yksilö Ryhmä Tilannekohtainen Organisaatio casena	Tutkija Keksijä Innovaattori

Toimintatutkimus ja Laurean Learning by Developing -toimintamalli (LbD) edistivät yhdessä tutkimuksen ja kehitystyön yhteensopivuutta ja käytännön läheisyyttä. Turvallinen Koti -hankkeen perustana on innovaatioprosessi ja käyttäjälähtöisyys. Toimintatutkimusta ja LbD -toimintamallia on käytetty aiemmissa HyvinvointiTV:n TKI -hankeprosesseissa (vrt. Lehto 2008). Turvallinen Koti -hankkeen toimintatutkimus eteni syklisenä prosessina (kuvio 1).



Kuvio 1. Toimintatutkimuksen sykli

Hankkeessa sovellettiin LivingLab-lähestymistapaa (vrt. Luotonen, Marttila, Hyyppä ym. 2011) ja käyttäjälähtöisiä menetelmiä toimintatutkimuksessa siten, että eri toimijat olivat aktiivisia osallistujia HyvinvointiTV:n kehittämisprosessissa. Uuden tiedon ja toiminnan tuottaminen tapahtui syklisesti aidoissa elämäntilanteissa ja oikeissa toimintaympäristöissä. Yhdessä osallistujien kanssa toimintaa tarkasteltiin, reflektoitiiin ja kehitettiin vaihtoehtoisia ratkaisuja hankkeen tavoitteiden saavuttamiseksi. (vrt. Kuula 2000, Heikkinen 2001, Raj & Lehto 2008). Kehittämisprosessin aikana sekä asiakkaat että asiantuntijat yhdessä tuottivat ideat uusiin interaktiivisiin ohjelmiin ja virtuaalisesti tuotettuihin ePalveluihin. Eri käyttäjät ja käyttäjäryhmät testasivat ja antoivat palautetta uusista sisällöistä ja menetelmistä. Virtuaalisia ePalveluja toteutettiin hyödyntämällä eri teknologisia ratkaisuja ja menetelmiä. (vrt. Lehto 2008.)

Aitoina toimintaympäristöinä ja LivingLabeina ovat ikääntyneitten ja erityisryhmiin kuuluvien ihmisten kotiympäristöt, asumisyksiköt, palvelukeskukset ja eri palvelujen tuottajien toimintaympäristöt kuten esimerkiksi kirjasto ja seurakunta. LivingLab lähestymistapa tarkoittaa hankkeessa sitä, että osallistujat ovat eri toimintaympäristöissä osallistumassa ja käyttämässä uutta teknologiaa ohjelmatuotannon ja digitaalipalvelujen kehittämiseksi. Hankkeessa käytetään ja sovelletaan mahdollisimman aikaisessa vaiheessa uusinta tietotekniikkaa ja mobiililaitteistoa. Osa hankkeen osallistujista pystyy itse tai avustettu-

na käyttämään esimerkiksi kannettavaa tietokonetta ja osallistumaan sen kautta lähetettäviin interaktiivisiin ohjelmiin. Suurin osa osallistujista tarvitsee omien rajoituksiensa vuoksi teknologisia ratkaisuja kuten esimerkiksi suurempaa näyttöpäätettä tai kosketusnäyttöä. Myös asiantuntijoiden osallisuus ja aktiivinen toiminta edellytti uusia tietoteknisiä välineitä hankkeen tavoitteiden saavuttamiseksi. Hankkeessa ohjelmatuotanto koostui ohjatuista tuokioista, interaktiivisista keskustelu- ja kulttuuriohjelmista sekä uusista digitaalipalveluista hyvinvoinnin edistämiseksi.

Tavoitteena oli HyvinvointiTV:n kontekstissa tuottaa uusia vuorovaikutusta tukevia ja osallistumista edistäviä virtuaalipalveluja. Virtuaalisien digitaalisten hyvinvointia edistävien palvelujen kehittäminen eri toimijoiden kanssa eri toimintaympäristöissä vaihtoehtoisia teknologisia ratkaisuja hyödyntämällä edellyttää innovatiivisia palveluratkaisuja, suunnittelua ja testausta. Yhteistyö eri toimijoiden kanssa vahvistaa sekä osallistuvien roolia että toiminnan selkeää ankkuroitumista oikeaan elämään.

3.3 Tutkimukseen osallistujat

Turvallinen Koti -hankkeen Ehyenä-osahankkeeseen osallistui asiakkaita (N=136) ja asiantuntijoita (N=77). Ikääntyneistä (N=85) kotona asui seitsemän ja palvelutaloissa tai palvelutalojen palveluja käyttäviä oli 78.

Ikääntyneitten kotona asuvien keski-ikä on 78.5 vuotta. Ikävaihtelu oli 61 - vuotiaasta 89 -vuotiaaseen. Naisia kotona asuvista oli kolme ja miehiä neljä. Keski-ikä palvelutaloissa oli 79.5 vuotta ja ikä vaihteli 60 vuodesta 94 vuoteen. Naisia oli 38 ja miehiä 40. Lisäksi hankkeessa oli mukana myös 16 ruotsinkielistä ikääntynyttä, jotka osallistuivat kerhotoimintaan palvelutaloissa. (Kuva 1)

Kehitysvammaisia henkilöitä osallistui hankkeeseen yhteensä 12. Kehitysvammaisten henkilöiden keski-ikä oli 42.3 vuotta. Aktiivisesti osallistuvista henkilöistä naisia oli yhdeksän ja miehiä kolme. He asuivat tuetusti pääsääntöisesti yksin omissa huoneissaan asumispalvelukeskuksessa tai asumisyksikössä. Lähes kaikki kehitysvammaiset työskentelivät päivittäin kodin ulkopuolella.

Hankkeeseen osallistui myös mielenterveyskuntoutujia (N=4) sekä lastensuojeluasiakkuuden omaavia pienten lasten perheitä (N=4) ja nuoria (N=28). Mielenterveyskuntoutujista ainoastaan kolme miespuolista henkilöä ja yksi naispuolinen henkilö osallistui aktiivisesti HyvinvointiTV:n ohjelmäläheteyksiin. Heidän keski-ikänsä oli 32.8 vuotta. Kaikilla oli ollut jo useamman vuoden ajan mielenterveysongelmia ja vaikeuksia arkielämän selviytymisessä. Hankkeeseen

osallistuvat henkilöt asuivat joko kotona tai tuetusti omissa huoneistoissaan. He käyttivät järjestävän yksikön ryhmä- ja muita palveluja lähes viikoittain. Hankkeen loppuvaiheessa mielenterveyskuntoutujien ryhmä osallistui ohjelmiin joka kolmas viikko.

Lastensuojeluasiakkuuden omaavista osallistujista pienten lasten perheet osallistui hankkeeseen kerran viikossa ryhmätilassa. Vanhemmat olivat keski-ikältään 27.3 -vuotiaita. Heillä oli yhteensä seitsemän lasta. Lasten keski-ikä oli 2.1 vuotta. Lasten iät vaihtelivat 11 kuukaudesta 5 vuoteen. Perheet tarvitsivat tukea lasten huolenpitoon ja arjen sujumiseen. Hankkeeseen osallistuvat nuoret (N=28) olivat joko kotona asuvia, yksin asuvia tai perheyksikössä asuvia. Nuorten keski-ikä perheyksiköissä asuvilla oli 15.6 vuotta ja muilla noin 18.4 vuotta. Poikia oli kuusia ja tyttöjä 22. Osa nuorista osallistui ryhmässä HyvinvointiTV:n ohjelmatuotantoon, osa henkilökohtaiseen keskusteluun asiantuntijan kanssa kannettavan mobiiliyhteyden välityksellä.

Asiantuntijat (N=77) edellä mainittujen osallistujien toimintaympäristöistä ovat myös tiedonantajina tutkimuksessa. Asiantuntijat edustivat hankkeen asiakasosallistujien taustatoimintaympäristöjä kuten esimerkiksi sosiaali- ja terveystoimen yksiköjä, palvelutaloja tai asumisyksiköitä. Ikääntyneiden palvelujen asiantuntijoiden (N=27) keski-ikä oli 49.7 vuotta. Yhtä lukuun ottamatta kaikki asiantuntijat olivat naisia. Ainoastaan yksi oli suorittanut ylemmän korkeakoulututkinnon, viisi alemman korkeakoulututkinnon tai opistotasaisen tutkinnon (sairaanhoitaja). Suurin osa asiantuntijoista oli perustutkinnon suorittaneita (lähihoitaja). Yli 10 vuotta työkokemusta oli 20 henkilöllä.

Lastensuojelussa toimivista asiantuntijoista (N=27) oli 22 naista ja viisi miestä. Keski-ikältään he olivat 43.8 vuotta. Heistä yli puolet oli suorittanut ylemmän korkeakoulututkinnon (virkanimikkeeltään sosiaalityöntekijä) ja muut alemman korkeakoulututkinnon (esim. sosiaaliohjaaja) tai perustutkinnon (ohjaaja). Yli puolella oli työkokemusta yli 10 vuotta.

Kehitysvammaisten henkilöiden parissa työskentelevien ikä vaihteli 24 vuodesta 56 vuoteen. Lähes kaikki osallistajat olivat naisia ja koulutustaustaltaan he olivat joko sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, sosionomeja tai lähihoitajia. Neljällä henkilöllä oli vähemmän kuin 10 vuotta työkokemusta. Mielenterveyskuntoutujien parissa työskentelevien asiantuntijoiden koulutustausta oli joko alempi korkeakoulututkinto tai sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Ainoastaan yhdellä oli alle 10 vuoden työkokemus.

Omana -osahankkeen osallistajat olivat erityisesti ikääntyneitä, kotona asuvia, kotihoidon asiakkaita ja omaishoitajina toimivia henkilöitä sekä pitkäaikaissairaita ja kuntoutusta tarvitsevia palvelukeskusasiakkaita. Virtuaalisen ohjaus-

ja neuvontapalvelukonseptin pilotointiin ja toimintatutkimukseen on osallistunut kaikkiaan 91 henkilöä. Ikääntyneistä 62 oli HyvinvointiTV:n käyttäjää, joista 5 oli kotihoidon asiakkaita, 11 ikääntynyttä omaishoitajaa, 29 ikääntynyttä palvelukeskusasiakasta ja 17 vertaisryhmän ikääntynyttä (Auralan opintopiirin edustajat (N=7) ja Auralan Seniorituki KOTOSET-tekniikkaryhmän edustajat (N=17)). Omana -osahankkeeseen osallistui myös 8 ikääntynyttä etähuolenpitojärjestelmän käyttäjää, jotka asuivat kotonaan ja 21 läheistä ja omaista, joista 9 oli mukana HyvinvointiTV-pilotissa ja 12 etähuolenpitopilotissa. jotka ovat aktiivisesti olleet mukana kehittämässä toimintaa. Asiantuntijoita osallistui Omana -osahankkeeseen 28. Asiantuntijat olivat kuntien toimijoita, kotihoidon ja palvelukeskusten esimiehiä tai työntekijöitä tai muita asiantuntijoita.



Kuva 1. HyvinvointiTV:n osallistujia

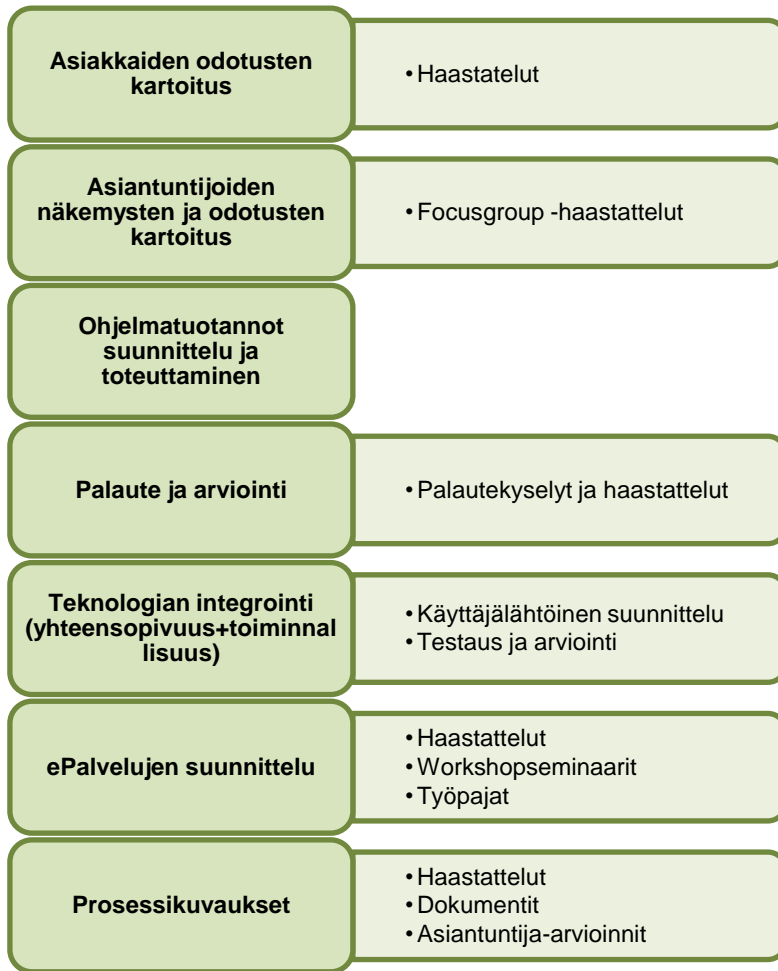
3.4 Käyttäjälähtöiset menetelmät ja aineistonkeruu

Käyttäjätutkimuksessa korostuu henkilön oman kokemuksen systemaattinen kartuttaminen ja jalostaminen sekä käyttäjän itsensä osallistuminen tuotekehitysprosessiin (Hyysalo 2006). Käyttäjätiedolla tarkoitetaan yksittäisen käyttä-

jän tai ryhmän käyttökokemuksesta, tuotteen tai palvelun piirteistä, ominaisuuksista, muodoista ja esteettisyydestä saatua tietoa. Myös tilanne, suhde toisiin ihmisiin tai esineisiin ja aiemmat kokemukset mahdollistavat käyttäjätiedon saannin tutkimuksen käyttöön. Käyttäjätietoa hankitaan myös suunnittelijoiden kokemuksia, visioita ja oletuksia tarkastelemalla, mutta yhä useammin yhteistyötä tehdään itse käyttäjien kanssa.

Käyttäjätutkimuksen menetelminä on usein laadullisen tutkimuksen menetelmät. Perinteisten yksilö- ja ryhmähaastattelujen, havainnoinnin ja osallistuvan havainnoinnin lisäksi tietoa voidaan kerätä kertomusten, tarinoiden, ääneen ajattelun, videoinnin, kuvien ja piirustusten avulla. Käyttäjätutkimuksessa havainnoinnilla tarkoitetaan käyttäjän toiminnan seuraamista hänen omassa ympäristössään, jolloin saadaan tieto käyttäjästä, hänen toimistaan ja käyttöympäristössään sekä tietoa käytön yksityiskohdista. Tietoa käytettävyydestä tutkimuksesta analysoidaan, hyödynnetään ja havainnollistetaan mallien ja prototyyppien kautta. Käyttäjätiedon keruussa ja jäsentämisessä etsitään ja haetaan myös jo julkaistua tietoa aiheesta. (Ovaska, Aula & Majaranta 2005, Hyysalo 2006.)

Turvallinen Koti -hankkeen viitekehyksenä käytettiin Hyysalon (2006) esittämää käyttökokemuksen tarkastelua ja sen eri näkökulmia. Tutkimuksessa eri asiakasryhmien ja asiantuntijoiden käyttökokemuksia tarkasteltiin hankkeen eri vaiheissa Hyysalon maailmaskeemojen kautta. Asiakasryhmät edustivat ns. ihmisten maailmaa, jolloin tarkastellaan käyttäjien kokemuksia esimerkiksi eri teknologioiden soveltuvuudesta turvallisuuden edistämiseen. Toimintojen maailman avulla voitiin selvittää vuorovaikutuksen merkitystä teknologisen alustan käytön yhteydessä. Turvapiiriratkaisut edustivat tuotteiden maailman tarkastelua. HyvinvointiTV:n ja siihen liittyvien ePalvelujen kehittäminen edusti osaltaan myös Hyysalon esittämää fyysistä maailmaa, jolloin palvelujen saatavuus esimerkiksi kotiympäristöön edellyttää erityisratkaisuja. Tutkimuksessa käyttäjätutkimukseen liitettiin myös tapaustutkimus, jolloin eri osallistujaryhmille toteutettuja interaktiivista ohjelmatuotantoa ja eHyvinvointipalveluja voitiin testata ja tuottaa oikeissa ympäristöissä. Turvallinen Koti -hankkeessa tietoa kerättiin toimintatutkimuksen eri vaiheissa ja useilla menetelmillä. (Kuvio 2)



Kuvio 2. Tiedonkeruu ja tiedonkeruumenetelmät

Tiedonkeruun ensimmäisessä vaiheessa osallistujat haastateltiin odotusten kartoittamiseksi ja HyvinvointiTV:n sisällön kehittämiseksi. Osallistujat toimijoina olivat myös ideoimassa työpajoissa uusia virtuaalipalveluja. Aktiivinen osallistuminen tuotti runsaasti uusia palveluideoita. Toimijoiden aktiivinen rooli ja osallistuminen on tyypillistä toimintatutkimuksessa. (Vrt. Kuula 2000.)

Hankkeessa koottiin eri toimijoiden ongelmat, odotukset ja haasteet sekä kuvaus nykytilasta. Työpajatyöskentelyssä jatkettiin innovaatioprosessia hakemalla uusia ratkaisuja, ideoita ja uusia virtuaalisia digitaalipalveluja. Kehittämisprosessin etenemisen ja tavoitteiden kannalta on tärkeää tunnistaa ja arvi-

oida aidot käyttäjälähtöiset kokemukset sekä uusien palvelujen että uusien toimintamallien tuottamiseksi. Uuden asian tai toiminnan muutos rakentuu ja tapahtuu toimintatutkimuksessa sen aikana (vrt. Kyrö 2004). Oppimista tapahtuu kokemusten reflektion ja jakamisen kautta osallistuvien kesken, jolloin muutos on aidosti tapahtuva. Aineisto analysoitiin induktiivisesti laadullisella sisällön analyysillä ja käyttämällä Glaserin (1978) esittämää Kuuden C:n mallia. (Vrt. Lehto 2008.)

3.5 Ohjelmateemat ja eHyvinvointipalvelut

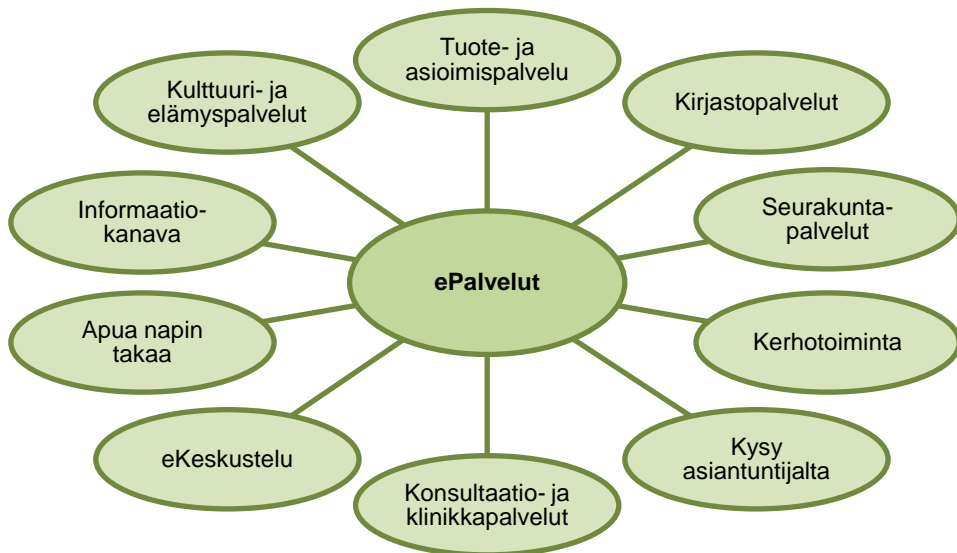
Tässä tutkimuksessa osallistujat olivat sekä käyttäjien että palvelujen kehittäjien roolissa. Tiedonkeruu ja arviointi tapahtui monilla menetelmillä hankkeen aikana. Aineiston keruun eri vaiheissa saatiin analyysin tuloksena uutta sisältöä interaktiiviseen ohjelmatuotantoon, uusia virtuaalisia eHyvinvointipalveluja sekä uusia työmenetelmiä asiakasryhmittäin. Jatkuvan arvioinnin avulla interaktiivista ohjelmatuotantoa ja ePalveluja testattiin ja kehitettiin yhdessä eri toimijoiden kanssa. Osallistujien sitoutuminen, voimaantuminen ja aktivoituminen perustui aidolle kumppanuudella. (Vrt. Lehto 2008.) Esimerkiksi ikääntyville kohdistettujen ohjelmateemojen kokonaisuus on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Interaktiivisen ohjelmatuotannon teemat

Informaation lisääntyessä teknologian merkitys kasvaa ja edellyttää uusia soveltamiskohteita ja hyödyntämismalleja sekä yksityisen asiakkaan että julkisen sektorin näkökulmasta. Hyvinvointipalvelujen tarve kasvaa koko ajan ikääntymisen myötä. Erityisesti virtuaaliset asiakkaan odotuksista ja tarpeista lähtevät ohjaus -ja neuvontapalvelut kehittyvät ja laajenevat koko ajan. Tämän päivän asiakkaat ovat entistä taitavampia ja myös vaativampia virtuaalipalvelujen käyttäjiä. Myös Internet ja muut multimediaratkaisut ja mahdollisuudet ovat yhä useamman asiakkaan saatavilla ja käytössä. (Armanto 2005.)

Turvallinen koti -hankkeessa käytettiin erilaisia käyttäjälähtöisiä tiedonkeruumenetelmiä, mm. työpajatyöskentelyä ja yhteistoiminnallista ideointia seminaarin yhteydessä. Haastattelutiedon ja työpajatyöskentelyn perusteella muodostettiin ideat uusille eHyvinvointipalveluille (Kuvio 4).



Kuvio 4. Virtuaaliset eHyvinvointipalvelut

Turvallinen Koti -hankkeen kehittämisen tavoitteena oli tuottaa uuden tietoteknisen tiedon perusteella vuorovaikutteisia ja virtuaalisia eHyvinvointipalveluja. Virtuaalisten palvelujen saatavuus edistää ennaltaehkäisevän terveyden ja omaehtoisen hoidon tukemista. Uusien asiakaslähtöisten toimintatapojen ja vaihtoehtoisten palvelujen toteuttaminen sekä virtuaalisesti että eri palveluympäristöissä edellyttää palvelujen yhteensovittamista. Uusien toimintamallien tarkoituksena on aktivoida käyttäjää ja yhdistää eri palveluja (vrt. Rajala, Pirnes & Hiroo 2007). Asiakaslähtöiset toimintamallit luovat pohjan innovaatio

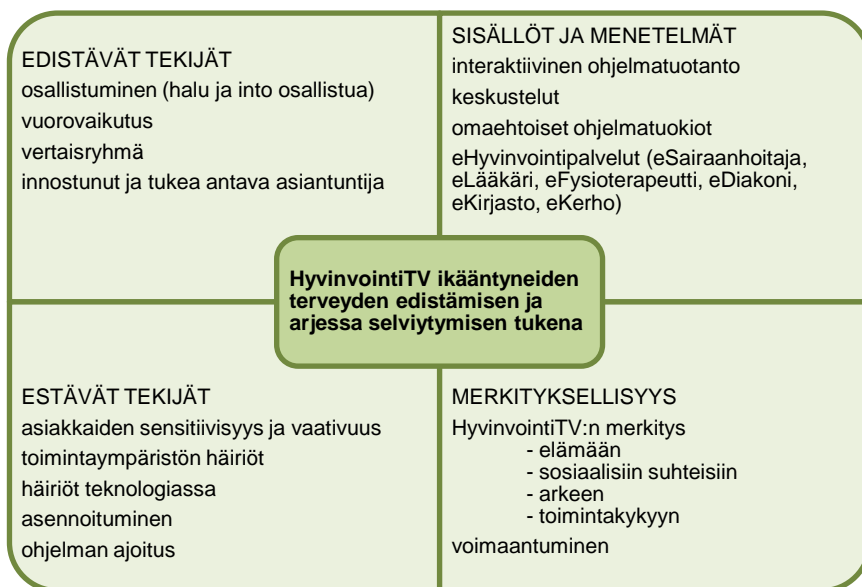
ja liiketoiminnalle osana suurta muutosta siirryttäessä palvelujärjestelmäve-
toisesta ajattelusta asiakaslähtöiseen toimintatapaan. Teknologiset ratkaisut
siirtyvät entistä enemmän toimintaympäristöihin, niin kotiin kuin työpaikkojen
ympäristöihin (esim. Aro, Harjo Kainulainen, ym. 2008). Hyvinvointiin ja ter-
veyteen liittyvien eHyvinvointipalvelujen kehittämisessä ja testauksessa hyö-
dynnettiin teknologisia ratkaisuja käyttäjälähtöisesti. Seuraavassa taulukossa 2
esitellään hankkeessa tuotettuja ja pilotoituja ePalveluja, niiden tavoitteet,
sisältö ja asiakasryhmä.

Taulukko 2. eHyvinvointipalvelujen sisällöt

eHyvinvointi- palvelu	Tavoite	Sisältö	Kenelle
eSairaanhoitaja	Tukea hyvinvointia, terveyttä ja kotona selviytymistä	Kokonaisvointi Sosiaaliset suhteet Päivittäiset toiminnot Tunteet ja murheet Etämittaustulokset	Ikääntyneet kotona
eLääkäri	Tukea terveyttä ja an- taa tietoa sairauksista ja mahdollisista oireista	Ohjaus lääkehoidossa Keskustelu voinnista ja oireista	Ikääntyneet kotona Asiantuntijat
eFysioterapeutti	Tukea ja kannustaa oman toimintakyvyn yl- läpitämistä ja edistämistä	Räätälöidyt suunnitelmat	Ikääntyneet kotona Kehitysvammaiset henkilöt Mielenterveys- kuntoutujat
eDiakoni	Keskustella ja tukea asiakkaan itsensä tuot- tamissa asioissa ja tun- teissa	Keskustelu henkilökoh- taisista asioista	Ikääntyneet kotona Ikääntyvä palveluta- lon asukas
eKirjasto	Tukea ja edistää lukemisen ja musiikin harrastusta	Kirjallisuustuokiot Musiikki ja lauluhetket	Ikääntyneet Nuoret

3.6 HyvinvointiTV:n käsitteellinen malli

HyvinvointiTV:n lähtökohtaa Turvallinen Koti -hankkeessa voidaan kuvata käsitteillä osallistuminen, vuorovaikutus ja voimaantuminen. Käsitteet muotoutuivat induktiivisen analyysin tuloksena kerätystä aineistosta. Tiedonkeruu ja analyysi toteutettiin toimintatutkimuksen eri sykleissä hankkeen aikana. Käyttäjälähtöisillä menetelmillä saatiin uutta tietoa, jota hyödynnettiin ohjelmatuotannon ja eHyvinvointipalvelujen toteutuksessa ja testauksessa. (Kuvio 5).



Kuvio 5. Käsitteellinen malli: HyvinvointiTV terveyden edistämisen ja arjessa selviytymisen tukena

Toimintatutkimus ja käyttäjälähtöiset menetelmät kohdistuivat eri toimijoiden osallistumiseen. Käsitteenä osallistumista voidaan tarkastella edistävien ja estävien tekijöiden näkökulmasta. Osallistumista edistäviä tekijöitä ovat motivaatio ja halu osallistua, toisen yksilön tai ryhmän tuki ja kannustus sekä ympäristön innostavuus. Myös ohjelmatuotannon sisällöt ja ajankohtaisuus edistävät osallistumista. Turvallinen Koti -hankkeen asiakasryhmät ovat erityisen sensitiivisiä ja vaativia, jolloin osallistumista estävistä tekijöistä asiakkaan kunnon ja toimintakyvyn heikkous ja muistamattomuus olivat suurimpia teki-

jöitä. Asiantuntijoiden näkökulmasta haluttomuus osallistua hankkeeseen, asennoituminen tai tietotaidon puute analysoitiin estäviksi tekijöiksi. Teknologiaan liittyvät ongelmat kuten esimerkiksi ajoittaiset häiriöt toiminnassa tai äänen toistossa tai fyysisen toimintaympäristön kuten esimerkiksi tilan rauhatomuus tai meluisuus vaikuttivat estävästi HyvinvointiTV:n osallistumiseen.

Aktiivinen ja säännöllinen osallistuminen Turvallinen Koti -hankkeen HyvinvointiTV:n ohjelmatuotantoon tukee yksilön tai ryhmän toimintakykyä, arjessa selviytymistä ja mahdollistaa mielekkään hetken henkilön tai ryhmän arjen elämässä. Hankkeessa esimerkiksi ikääntyvät kotona asuvat henkilöt saivat sisältöä arkeen ja vertaistukea elämäänsä. Kehitysvammaisten henkilöiden kohdalla osallistuminen HyvinvointiTV:n lähetyksiin jopa korvasi viikoittaisen toimintatuokion, jolloin henkilökunnan oli mahdollista panostaa enemmän erityistä tukea tarvitseviin asukkaisiin. Nuorten toimintaympäristössä HyvinvointiTV:stä muodostui yksi uusi toimintatapa nuorten ryhmätoiminnan tueksi. Palautteen mukaan HyvinvointiTV ei missään osallistujaryhmässä estänyt tai haitannut henkilön tai ryhmän toimintakykyä tai arjen toimintaa. Aikaisempien tutkimusten mukaan teknologian hyödyntäminen voi kannustaa yksilön tai ryhmän aktiivisuutta. Teknologian hyödyntäminen vähentää ajankäyttöä niin asiakastyössä kuin hallinnollisessa toiminnassa. Teknologialla on merkitystä myös uusien menetelmien käyttöönotossa. Teknologian hyödyntäminen laajentaa asiakkaan mahdollisuuksia hyvinvointipalvelujen kehittämiseksi.

Osallistuminen käsitteenä esiintyi aineistossa moniulotteisena. Osallistumisen käsitettä voidaan tarkastella toiminnan näkökulmasta. Toimintana osallistuminen voi olla joko osallistavaa tai osallistuvaa. Osallistava sisältää toisen toimijan esimerkiksi asiantuntijan tuen ja avun HyvinvointiTV:n ohjelmatuotantoon osallistuvalle. Tällöin joko ohjelman pitäjä tai henkilökuntaan kuuluva aktiivisesti vie ohjelmansisältöä eteenpäin joko yksilön tai ryhmän kohdalla. Tyypillinen esimerkki osallistavasta ohjelmatuotannosta on ohjelma, jossa tietosisältö tai annetut ohjeet korostuvat. Osallistuva toiminta tarkoittaa yksilön tai ryhmän aktiivista, vastavuoroista tai omaehtoista toimintaa HyvinvointiTV:n lähetyksissä. Esimerkkinä osallistuvasta ohjelmatuotannosta ovat toiminnalliset tai osallistujien itsensä valmistelevat ja vetämät ohjelmat. (Kuva 3)

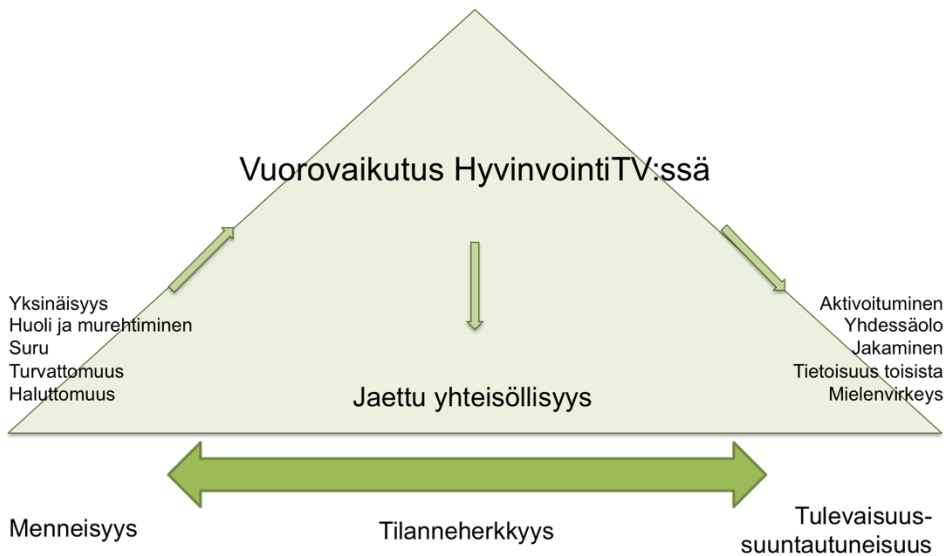


Kuva 3. Toiminnallisuus ohjelmassa

Osallistuvassa toiminnassa vuorovaikutus on rikkaampaa, aktiivisempaa ja vastavuoroisempaa verrattuna osallistavaan ohjelmaan. Vuorovaikutus on toinen merkittävä käsite HyvinvointiTV:n tarkastelukontekstissa. Sisällöllisesti vuorovaikutus ilmenee menneisyyden muisteluna, nykyisyyden tarkasteluna, tilanneherkkyytenä tai tulevaisuusorientaationa. Vuorovaikutus menneisyyden näkökulmasta näyttäytyy yksilön tai ryhmän muisteluna, henkilön omista kokemuksista kertomisena tai tietojen välittämisenä. Vuorovaikutus nykyisyysulottuvuutena tarkoittaa asioiden tai tilanteiden toteamista, keskittymistä tai jakamista ohjelman aiheesta tai ennalta sovitusta sisällöstä. Esimerkkinä nykyisyyttä käsittelevästä ohjelmasta on ajankohtaiseen uutiseen tai meneillään olevaan tapahtumaan liittyvä ohjelma.

Vuorovaikutus tilanne- tai hetkisisidonnaisena merkitsee aktiivista vuoropuhelua ja syvällistä asioiden tai tilanteiden jakamista. Tilanneherkkyys tukee aiheen käsittelyä spontaanisti ja siihen liittyy jatkuvuuden tarvetta. Esimerkki vuorovaikutuksen tilanneherkkyystä on kotona asuvien ikääntyneiden järjestämä ”Lauantaikahvilatuokio”, jolloin osallistujat itse asiakaslähtöisesti ja omaehtoisesti keskustelevat ja jakavat ajatuksiaan ja kokemuksiaan ei-ennalta muotoutuneesta aiheesta. Tilanneherkkyys näkyy myös siinä, että osallistujat jäävät keskenään keskustelemaan ohjelman päättymisen jälkeen. Tulevaisuussuuntautuneisuus vuorovaikutuksessa ilmenee osallistujien odotusten, toiveiden ja ennakointiin liittyvien keskustelujen ja pohdintojen sisältöinä. Virtuaalisten eHyvinvointipalvelujen arviointidatassa tulevaisuus näyttäytyi esimerkiksi toiveena uudesta eTerveyskeskuksesta ja siellä asioimisesta tai asiakaskeisistä räätälöidystä palvelukokonaisuudesta. (Kuvio 6)

Analyysi vuorovaikutus -käsitteen sisällöstä ja alasta interaktiivisen HyvinvointiTV:n kontekstissa voidaan kuvata seuraavasti:



Kuvio 6 Vuorovaikutus HyvinvointiTV:ssä (esimerkkinä ikääntyneet)

Käyttäjälähtöisyys ja ohjelmasisältöjen valinnat perustuvat sekä asiakkaiden että asiantuntijoiden haastattelutietoon. Vuorovaikutuksen toteutumisen arviointi asiakkaan näkökulmasta sisältää aktivoitumisen, yhteenkuuluvuuden, huolenpidon ja rauhoittumisen. Vuorovaikutus merkitsee eri asiakasryhmille eri asioita. Yksinäisille kotona asuville ikääntyneille vuorovaikutus HyvinvointiTV:ssä on muodostunut toimintakykyä ja arjessa selviytymistä tukevaksi elämän sisällöksi. HyvinvointiTV on mahdollistanut ikääntyneille yhteisön ja se on muotoutunut osaksi arkea.

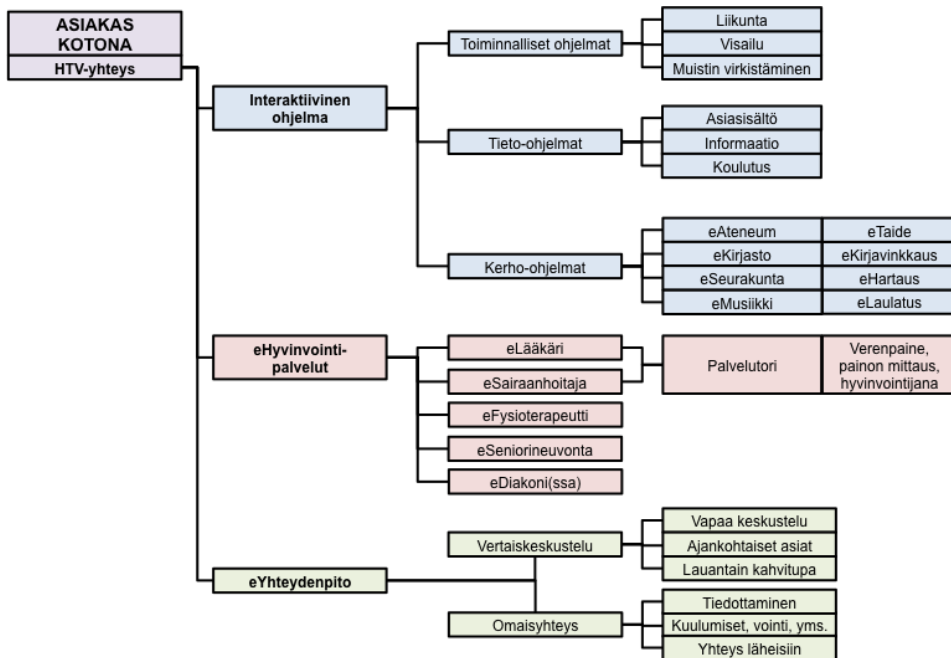
“Miten onnellisia me ollaan saamme tukea toinen toisistamme”

“Me olemme kuin suuri yhteinen perhe”

Vuorovaikutus on edistänyt eri asiakasryhmiin kuuluvien henkilöiden aktivoitumista, seurallisuutta, vahvistanut yhteenkuuluvuutta ja keskittymistä eri toimintaympäristöissä. Edellytyksenä vuorovaikutuksessa on tutuus ja jatkuvuus. Asiantuntijan innostuneisuus ja sitoutuminen edisti ja vahvisti eri toimintaympäristöissä asuvien, muun muassa kehitysvammaisten henkilöiden aktiivista osallistumista ja vuorovaikutuksen ymmärrettävyyttä. Vuorovaikutuksen haasteellisuus ja ennakko-oletus sen vaikeudesta HyvinvointiTV:ssä kehitysvam-

maisten henkilöiden välillä osoittautui vääräksi. Vuorovaikutuksen aitous ja kohdentaminen sekä kommunikaation selkeys tukivat asiakkaiden osallistumista.

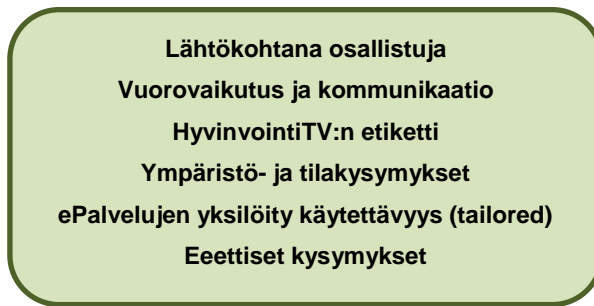
Osallistumisen käsitteen ja vuorovaikutuksen käsitteen analyysin seurauksena saatiin yhdistäväksi käsitteeksi voimaantuminen. Voimaantuminen käsitteenä ilmentää luottamusta, kohtaamista, läsnäoloa ja mahdollisuutta. Sisällöllisesti voimaantumista voidaan luonnehtia sekä yksilöllisenä kohtaamisena että yhteisöllisenä osallistumisena. Yksilöllisyys tarkoittaa osallistujien odotusten huomioon ottamista ja keskittynyttä kohdentamista ohjelmien suunnittelussa ja toteutuksessa. Luottamus vahvistaa osallistujien aktiivista roolia sekä ohjelma-tuotannossa että eHyvinvointipalvelujen toteutuksessa. Kahdenkeskinen keskustelu esimerkiksi eSairaanhoitajan tai eLääkärin kanssa tukee, edistää ja vahvistaa ikääntyvän henkilön kokonaistilannetta. Rohkeus ja uskallus osallistua ohjelmassa tai sen jälkeisessä keskustelussa kertoo voimaantumisesta. Parhaimmillaan se tarkoittaa aitoa läsnäoloa ja yhteenkuuluvuutta. Voimaantumiseen liittyy mahdollisuuden ulottuvuus, jolloin osallistuja haluaa itse aktiivoitua uudella tavalla. HyvinvointiTV:n kontekstissa voimaantuminen näyttäytyy osallistujien haluna ja rohkeutena ottaa itse vastuuta ohjelman tuottamisesta. Voimaantumisen mahdollisuudesta kuvaa esimerkki aran ja pelokkaan nuoren rohkeudesta ja luottamuksesta suunnitella ja toteuttaa itse toiminnallinen ohjelma muille nuorille HyvinvointiTV:ssä. HyvinvointiTV voi mahdollistaa ja tukea henkilön itsetuntoa ja itseluottamusta. Asiantuntijan kannustus ja rooli on merkittävä voimaantumisen prosessissa.



Kuvio 7. HyvinvointiTV:n RoadMap

Kuvioon 7 on koottu HyvinvointiTV-konseptiin liittyvä palvelukokonaisuus (RoadMap). HyvinvointiTV:n ohjelmatuotanto muodostuu interaktiivisista ohjelmista, eHyvinvointipalveluista ja eYhteydenpidosta. Interaktiivinen ohjelmatuotanto jakautuu toiminnallisiin ohjelmiin, tieto-ohjelmiin ja kerho-ohjelmiin. ePalvelut muodostavat oman kokonaisuuden sisältäen eLääkäriä, eSairaanhoidtajan, eFysioterapeutin, eSeniorineuvonnan ja eDiakonissa tai eDiakonin vastaanottotoiminnan. eYhteydenpito muodostuu vertaiskeskustelusta ja omaisyhteydestä. Turvallinen Koti-hankkeessa tutkimuksellisesti tuotettua palvelukokonaisuutta on pilotoitu ja arvioitu. RoadMap mahdollistaa virtuaalisten ja digitaalisten palvelujen yksilöidyn ja kohdennetun ratkaisun usealle eri käyttäjäryhmälle.

Tutkimuksen aineistosta voidaan yhteenvedona esittää seuraavat suositukset. (Kuvio 8)



Kuvio 8

Käyttäjälähtöiset suositukset: interaktiivinen ohjelmatuotanto ja virtuaalipalvelut

4 HyvinvointiTV® eri käyttäjäryhmien arjen tukena

Turvallinen Koti -hankkeessa sekä asiakkaat että asiantuntijat ovat olleet tärkeässä roolissa koko hankkeen kehittämisen näkökulmasta. Heidän osallistumisensa, arviointiensa ja yhteisten WorkShop-tapaamisten tulosten perusteella hanketta on viety eteenpäin asiakasvetoisesti. Käyttäjien pienimuotoinenkin osallistuminen tuottaa parannuksia palvelujen toimivuuteen ja käytettävyyteen. Käyttäjien kokemukset ja palaute tuottaa myös virikkeitä tuotteiden hyödyllisyyden ja miellyttävyyden kehittämiseen sekä uusia tuoteideoita yrityksille. (Heiskanen ym. 2007.)

Vaihtoehtoisten teknologisten ratkaisujen edelleen kehittämistä tarvitaan vastaamaan eri käyttäjäryhmien odotuksia virtuaalipalvelujen saatavuuteen. Yksi näkökulma käyttäjälähtöisyyden korostamisessa on myös teknologian haluttavuus. Tuotteiden ja palveluiden käyttö voi olla tuloksellisempaa, jos tuotteet ja palvelut koetaan houkutteleviksi. Asiakkaiden ja kaikkien asianosaisten tulisi selkeästi tiedostaa, mihin tarpeeseen teknologia voi vastata. Tämä on askel kohti kokonaisuuden ymmärrystä: teknologia voi olla hyvä renki, mutta on huono isäntä. Teknologian ja siihen liittyvien palvelujen toimivuus on koko yhteiskunnallisesti merkittävä kehittämiskohde. Huolella tehty suunnittelu maksaa itsensä takaisin myöhemmin. (Raappana & Melkas 2009.)

Alla olevissa kappaleissa kuvataan kohderyhmittäin asiakkaiden hankkeeseen osallistumista sekä toimintatutkimuksen tuloksia.

4.1 Interaktiivinen ohjelmatuotanto ikääntyvän arjessa

Paula Lehto, Johanna Leskelä, Hanna Kantell & Katja Tikkanen

Tutkimuksissa on jo 1990-luvulla tullut esille tosiasia, että seniori- ja vanhuustyön haasteet tulevat olemaan yksi keskeinen kehittämisalue niin yksityisissä kuin julkisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Halukkuus ja toivomus kotona asumiseen lisääntyvät merkittävästi. Laajamittainen laitosrakentamisen kausi

on päättynyt 1990-luvulla. Tämä merkitsee myös sitä, että kotona asuminen pitkään siirtää erilaisten vanhushpalvelujen käyttöä varsin myöhäiseen ikään. Vanhusten omaisten ja lähipiirien merkitys kotona asumisen tukena korostuu. On arvioitu, että jo nyt yli 80 % vanhusten tarvitsemista päivittäisistä palveluista tuottaa jokin muu taho kuin julkinen sektori. Neljäs haaste liittyy vanhuuden sosiaaliseen, taloudelliseen ja kulttuuriseen muuttumiseen. Vanhusväestö on tulevaisuudessa taloudellisesti entistä itsenäisempää, koulutetumpaa, ja ikääntyneet kykenevät tekemään itsenäisiä päätöksiä elämästään varsin myöhäiseen ikään saakka. Heillä on myös taloudellista ja poliittista valtaa yhteiskunnassa aikaisempaa enemmän. Lisäksi heidän kulutustottumuksensa tulevat olemaan erilaiset. On myös nähtävissä, että ikääntyvän väestönosan terveys ja kyky huolehtia itsestään lisääntyy. Terveitä ja toimintakykyisiä vanhuksia on tulevaisuudessa entistä enemmän. (Holma 2003.)

Koskisen (2004) mukaan eliniästä erotellaan ns. kolmas, neljäs ja viides ikä. Kolmannessa iässä elämä jatkuu aktiivisesti. Neljäs ikä sisältää vähittäistä luopumista ja riippuvuutta, jolloin hoivan ja tuen tarve kasvaa. Viidennessä iässä ollaan yhä enemmän riippuvaisia toisista ihmisistä ja heidän avustaan. Koskinen (2004) liittää kolmanteen ikään uuden käsitteen ”tuottava ikääntyminen” (productive aging). Tuottavassa ikääntymisessä esimerkiksi pitkän työuran jälkeistä eläkeaikaa voidaan tarkastella käyttämättömien ja arvokkaiden voimavarojen sekä hiljaisen tiedon näkökulmasta. Kolmannessa iässä ja tuottavassa ikääntymisessä tunnustetaan ikääntyneiden mahdollisuudet olla aktiivisesti osallistumassa ja hyödyksi yhteiskunnassa.

Tuottavan ikääntymisen -käsitteen kautta myös ikääntymistä koskevat ikärakenteet ja -normit, stereotypiat sekä perinteiset ikäodotukset on kyseenalaistettu. (Koskinen 2004.) Sekä kolmas ikä että neljäs ikä ovat haaste positiiviselle ikääntymiselle ja erityisesti ikääntyvien aktiiviselle osallistumiselle ikääntymiseen liittyvien uusien hyvinvointipalvelujen tutkimus- ja kehitystoiminnalle. Erityisesti ikääntyneiden oma kokemus ja käsitys terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä asioista on merkityksellinen. Vaikka toimintakyky heikkenee tai siinä on rajoituksia, voi aktiivisuus ja inhimillisyys jatkua mukanaolona ja päivittäisten toimintojen sujumisessa. Iäkkäät ihmiset ovat hyvinkin erilaisia omine terveydentiloineen, toimintakykyineen, elämäkokemuksineen ja sosiaalisine voimavaroineen sekä taloudellisine seikkoineen. Osa ikäihmisistä toimii täysin omatoimisesti ja selviää itsenäisesti kotonaan. Heikkisen (2003) mukaan vanhenemista voidaan kuvata erilaisin ominaispiirtein: vanheneminen on universaalia, progressiivisesti ajan mukaan etenevää, ja ikääntyminen heikentää elimistön toimintoja ja lisää kuoleman todennäköisyyttä. Joissakin määritelmissä vanhenemista tarkastellaan lähinnä biologisen järjestelmän ominaisuutena,

jossa kaikki monisoluiset organismit toimivat tämän luonnonlain alaisuudessa. Toisissa määritelmissä ikääntyminen ymmärretään laajempaan ilmiönä, johon sisältyy niin elimistön rakenteiden kuin fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn muutoksia. Laajemmassa määritelmässä vanheneminen lisää myös sairastuvuuden riskiä ja aiheuttaa elämänlaadun heikkenemistä. (Heikkinen 2003.)

Ikäihmisten elämässä ja kotona selviytymisessä olennaista on toimintakyky. Jyrkämä & Sankari (2007) mukaan toimintakykyä voidaan kuvata käsitteellä toimijuus, jonka ulottuvuudet ovat kykeneminen, osaaminen, haluaminen, täytyminen, voiminen ja tunteminen. Ikääntyvän toimijuus säilyy, mikäli kuntoutuminen on reaaliaikaista arkikuntoutusta ottaen huomioon ihmisen kokonaisuuden. Toimintakyvyn heikkous ja huono liikuntakyky kaikkine seuraamuksineen ovat merkittäviä terveyttä heikentäviä tekijöitä ikääntyvien ihmisten elämässä. Kuntoutuksella voidaan vaikuttaa ikääntyvän toimintakykyyn liittyvien ongelmien ratkaisemiseen.

Ikääntyneiden asiakkaiden kuvaus

Ehyenä -osahankkeen osallistujista ikääntyneet (N=85) olivat suurin HyvinvointiTV:n osallistuja- ja käyttäjäryhmä. Ikääntyneiden keski-ikä oli 79 vuotta. Ikääntyneinä asiakkaina hankkeessa ovat omissa kodeissa tai palvelutaloympäristössä asuvat ikääntyneet sekä palvelutaloissa tai -keskuksissa kokoontuvat ryhmät mukaan lukien päivätoimintaryhmät. Myös omaiset ja asiantuntijat ovat mukana keskeisinä toimijoina hankkeessa.

Hankkeessa oli mukana seitsemän yksityisasiakasta, joista yksi oli pariskunta. Omissa kodeissaan asuvat olivat yksinäisiä, joilla oli erilaisia terveysongelmia. Heille palvelut olivat vaikeasti saatavilla ja liikkuminen oli vaikeaa. He kokivat tarvetta erilaiseen tietoon, virikkeisiin ja ohjaukseen. Heillä oli halu osallistua ja jakaa osaamistaan sekä tarve kuulua johonkin ryhmään. Osa asiakkaista selvisi kotona kotihoidon turvin, osa täysin itsenäisesti. Osa asiakkaista tarvitsi päivittäin tai viikottain ulkopuolista apua. Kotona asuvista henkilöistä lähes kaikki kokivat terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi. Osalla toimintakyky tai erityisesti liikuntakyky oli heikentynyt. Kaikilla asiakkailla oli HyvinvointiTV:n kosketusnäyttö, jonka välityksellä he osallistuivat sekä ohjelmatuotantoon että eHyvinvointipalveluihin. Kolmelle asiakkaalle oli liitetty HyvinvointiTV:seen Medixinen etämittarit, vaaka ja verenpainemittari. Yhdellä asiakkaalla oli käytössä Everonin Vega-turvaranneke. Yhdellä kotona asuvalla henkilöllä oli aktiivinen yhteys omaan muualla Suomessa asuvaan lapseen ja hänen perheeseensä. Läheisellä oli tietokoneeseen asennettu ns. mobiililaitte.

Asiakkailla oli rakennettu heidän omista tarpeistaan lähtevä palveluvalikoima, johon kuului mahdollisuus osallistua interaktiivisiin HyvinvointiTV-lähetyskeskuksiin ja valikoituihin ePalveluihin sekä mahdollisuus terveyden seurantaan etämittareita käyttäen. Tarjottuihin ePalveluihin kuului 24h/7 eTerveysneuvonta, eSairaanhoitajan, eLääkärin, eFysioterapeutin ja eDiakonissan vastaanotot, sekä eKirjasto, eApteekki, eTaidenäyttelyt sekä eSeniorineuvonta. Asiakkailta oli myös mahdollisuus ottaa suoria yhteyksiä toisiinsa HyvinvointiTV:n välityksellä tai jäädä keskustelemaan ohjelma- tai kerho-kanavalle ohjelmien ja/tai palveluiden jälkeen. Yhdellä asiakkaalla oli mahdollisuus pitää yhteyttä omaisensa kanssa omaisen tietokoneelle ladatun HyvinvointiTV:n omaisyhteyden avulla.

Suurin osa osallistujista asui palvelutalossa tai käytti palvelutalon tai palvelukeskuksen palveluja. Neljässä espoolaisessa palvelutalossa / -keskuksessa oli HyvinvointiTV-lähetyskeskukset. Ikääntyneet ovat voineet osallistua ryhminä osallistaviin ohjelmiin ja ePalveluihin. Osallistuneita ryhmiä ovat olleet päivätoimintaryhmät ohjaajineen, palvelutaloissa asuvat asukkaat hoitajineen sekä palvelukeskuksissa kokoontuneet ikääntyneiden ryhmät vapaaehtoisavustajineen.

Palvelutalojen asukkaista lähes kaikki tarvitsivat ympärivuorokautista seurantaa ja hoitoa. Heidän toimintakykynsä oli laskenut yhdellä tai useammalla osa-alueella sekä aistitoiminnot ja kognitio olivat heikentyneet merkittävästi. Palvelutaloympäristössä asuvilla oli lisäksi muistiongelmia, koti-ikävä ja heidän oli vaikea poistua kotoa. Heillä oli liikunnan, virikkeiden ja ohjauksen tarvetta sekä yksinäisyyttä. Valtaosa palvelutalossa asuvista oli päivittäistä apua ja huolenpitoa tarvitsevia henkilöitä. Yhden palvelutalon kahdeksassa asunnossa kokeiltiin kosketusnäyttöllistä HyvinvointiTV:tä ja hoitajien kansliassa työpöytäteelle ladattavaa mobiiliversiota. Asukkailla oli omissa kodeissaan mahdollisuus osallistua interaktiivisiin HyvinvointiTV-lähetyskeskuksiin ja ottaa tarvittaessa kuvayhteys palvelutalon hoitajiin. Hoitajilla oli myös mahdollisuus ottaa kuvayhteys asukkaisiin sekä omaisiin, joista kahdella oli HyvinvointiTV-yhteys kotona. Tarkoituksena oli muistuttaa asukkaita päivän tapahtumista, lääkkeenotosta tms. Kahdessa asunnossa kokeiltiin myös omaisyhteyden käyttöä. Pieniä asukasryhmiä on osallistunut lähetyskeskuksiin ja e-palveluihin hankkeen aikana. Yksi asukas kokeili eDiakonissan vastaanotolle osallistumista lähetyskeskuksen välityksellä.

Palvelukeskuksia käyttävät, omissa kodeissaan asuvat ikääntyneet saattavat olla hyvinkin erikuntoisia. Joidenkin toimintakyky on alentunut merkittävästi ja he tarvitsevat kotihoitoa tai omaisten apua kotona selviämiseen. Osalla ei ole merkittäviä toimintakyvyn vajeita, vaan he elävät aktiivista elämää ja haluavat olla avuksi toisille ikääntyneille. Yksinäisyys on monelle omassa kodissaan

yksin asuvalle ikääntyvälle yhteinen asia, toisten seuraan hakeutuminen ja ryhmässä toimiminen koetaan siksi mielekkääksi. Kotoa muiden seuraan lähtemistä pidetään tärkeänä. Päivätoimintaryhmän asiakkaat asuvat omissa kodeissaan joko kotihoidon tai omaishoidon turvin. Ryhmäläisten toimintakyky on laskenut yhdellä tai useammalla osa-alueella. Osa päivätoimintaan osallistujista oli melko hyväkuntoisia ja itsenäisesti asuvia henkilöitä, osa oli melko muikeamattomia ja huonokuntoisia. Heillä on usein ongelmia myös näön ja/tai kuulon kanssa. Päivätoiminnassa he käyvät kerran viikossa tietyn kuntoutusjakson ajan. Osa päivätoiminnan asukkaista osallistui ryhmänä HyvinvointiTV:n ohjelmatarjontaan. Myös osa palvelutalon tai palvelukeskuksen palvelujen käyttäjistä osallistui HyvinvointiTV:n ohjelmiin kerran viikossa. He osallistuivat HyvinvointiTV:n ohjelmiin ryhmänä yhteisessä palvelutalon tilassa. eKerhotoiminnassa on ollut yhtä aikaa mukana kaksi eri palvelutalossa/-keskuksessa koostunutta ryhmää. Lisäksi ruotsinkieliseen ryhmään kuuluvia henkilöitä (N=16) osallistui HyvinvointiTV:n kerhotoimintaan kerran kuukaudessa kahdessa palvelutalossa.

Kaksi palvelukeskuksen käyttäjää on kokeillut HyvinvointiTV-laitteita myös omassa kodissaan. Toisella on käytössään kosketusnäyttölinen HyvinvointiTV, johon on liitetty Medixinen etämittarit sekä Everonin Vega-turvaranneke. Toisella asiakkaalla on ollut käytössään omalle pc:lle ladattu HyvinvointiTV:n mobiiliversio. He ovat voineet osallistua osallistaviin interaktiivisiin HyvinvointiTV-lähetysiin sekä heille räätälöityihin e-palveluihin.

Ikääntyneiden omaiset asuivat kaukana tai heillä ei ole aina mahdollisuutta tavata kovin usein. He haluavat osallistua hoitoon ja keskustella hoitajan kanssa omaisen asioista. Lisäksi he haluavat olla aktiivisesti yhteydessä ja mukana hoidossa. Kolmella ikääntyneiden omaisella on ollut käytössään HyvinvointiTV:n omaisyhteys. HyvinvointiTV:n omaisyhteys on ladattu heidän omille kotitietokoneilleen. Kannettavalle tietokoneelle ladattua omaisyhteyttä on voinut käyttää myös kesämökillä tai muualla kodin ulkopuolella. Omaisyhteydet ovat olleet aktiivisessa käytössä, myös kaukana asuvat lapsenlapset ovat saaneet kuvayhteyden isovanhempaansa yhteyden avulla. Omaisyhteyden kautta omainen on voinut olla yhteydessä myös palvelutalon hoitajiin ja hoitaa tarvittavia käytännön asioita sekä keskustella erilaisista asioista.

Hankkeessa on ollut mukana asiantuntijoina (N=27) ikääntyneiden parissa palvelutaloissa ja -keskuksessa työtä tekevää hoitajaa tai muuta henkilökuntaa. Jokaisessa palvelutalossa on ollut kolme hankkeen yhteyshenkilöksi nimettyä työntekijää, jotka ovat toimineet tiedonjakajina ja eteenpäinviejinä työpäikoillaan. Kaikki asiantuntijat ovat osallistuneet kehittämistyöhön aktiivisesti. Yhteyshenkilöt ovat olleet myös teknisinä tukihenkilöinä muulle henkilökunnal-

le ja asiakkaille. Asiantuntijat ovat voineet osallistua asukkaiden tai erilaisiin ryhmiin tulleiden asiakkaiden kanssa osallistaviin, interaktiivisiin ohjelmiin ja e-palveluihin HyvinvointiTV-lähetyskeskuksen kautta. He ovat myös itse tuottaneet hankkeen aikana osallistavia HyvinvointiTV-lähetyksiä yhdessä asiakkaiden kanssa. Yksi hoitaja on pitänyt ruotsinkielisille asiakkaille suunnattua Svenska gruppenia säännöllisesti kerran kuukaudessa. Hoitajat ovat voineet osallistua myös erilaisiin koulutustilaisuuksiin, työhyvinvointiryhmiin ja henkilöstöinfoon HyvinvointiTV:n välityksellä. Erilaisiin etäkokouksiin ja konsultaatioihin on ollut myös mahdollisuus hankkeen aikana.

HyvinvointiTV:n interaktiivisen ohjelmatuotannon tarkoituksena oli tuottaa vuorovaikutteisia ohjelmälähetyksiä asiakkaiden koteihin ja osallistaviin ryhmätoimintoihin. Tavoitteina oli tukea ikääntyneiden osallistujien kotona asumista ja hyvinvointia. Lisäksi yhtenä näkökulmana oli uuden osaamisen tuottaminen ammattikorkeakoulun opiskelijoille. Ikääntyneen asiakasryhmän kohdalla ohjelmatuotanto toteutettiin hajautetusti Omana- ja Ehyenä-osahankkeiden kesken. Lähetyksiä oli arkipäiviä lukuun ottamatta viikoittain vähintään kymmenen, joista puolet tuotettiin Turun ammattikorkeakoulun ja puolet Laurea-ammattikorkeakoulun koordinoimana. Ohjelmatarjontaa kehitettiin yhdessä asiakkaiden, alan asiantuntijoiden ja korkeakoulujen kanssa vastaamaan ikääntyneen asiakasryhmän tarpeita.

HyvinvointiTV:n osallistava ohjelmatarjonta koostui muun muassa sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden ohjaamista toimintatuokioista, interaktiivisista keskusteluohjelmista ja asiantuntijatapaamisista. Ohjelmatuotannon pohjana olivat asiakkaiden alkuhaastatteluiden nousseet teemat, jotka esitellään alla olevassa taulukossa 3.

Taulukko 3. Ohjelmatuotannon teemat ikääntyneillä

Teema	Esimerkki sisällöstä	Ohjelmat Ehyenä	Ohjelmat Omana	Yhteensä
Virkistymistä ja viihtymistä edistävät ohjelmat	Ateneumin taideohjelmat, musiikki ja laulu, runoraati	76	124	200
Päivittäisten toimintojen ja arjen sujuvuuden edistäminen	Restonomiopiskelijoiden ja ravintoterapeutin tuottamat ravinto-ohjelmat, hoitoalan opiskelijoiden ohjaustunnit unesta, hygieniasista, ensiavusta ym.	92	104	196
Toimintakykyä ja liikuntaa edistävät ohjelmat	Fysioterapeuttiopiskelijoiden ohjaamat tuolijumput, tasapainoharjoitukset ja rentoutumistuokioidet	198	47	245
Yhdessäoloa ja osallisuutta edistävät ohjelmat	Keskustelut, kilpailut, sosionomiopiskelijoiden nojatuolimatalla -sarja, Aamun ajatuksia -tuokioidet	198	177	375
Omahoitoon liittyvät seuranta ja muistutukset				
Terveyttä ja hyvinvointia edistävät ohjelmat	Painonhallintaklinikka (Turku amk), diabetesklinikka, ohjelmasarja kolesterolista ym.	62	40	102
Yhteensä		626	492	1118

Ikääntyneiden ohjelmia oli 1.1.2009-31.5.2011 kaiken kaikkiaan 1118 ja niissä oli osallistujia yhteensä 11569. Asiakkaita oli keskimäärin 10,34/lähetys. Osa ohjelmista tuotettiin pidempinä ohjelmasarjoina, jolloin samasta teemasta pidettiin viidestä kymmeneen lähetystä. Esimerkkeinä mainittakoon mm. hoitotyön opiskelijoiden ohjaama painonhallintaklinikka, fysioterapiaopiskelijoiden tuolijumput ja sosionomiopiskelijoiden nojatuolimatalla-ohjelmasarja sekä erilaiset terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät ohjelmat.

HyvinvointiTV:n asiantuntijatapaamisia tuottivat muun muassa Ateneumin taidemuseo, Näkövammaisten keskusliitto ja Seniorikahvila Oodi. Ateneum, Suomen kansallisgalleria edisti HyvinvointiTV:n välityksellä ikääntyneiden asiakkaiden kuvataiteen ja kulttuuriperinnön tuntemusta. Museolehtori ja intenden-

tit pitivät kuuluisimpien taiteilijoiden teoksista ohjelmia, joissa esitettiin kuvia eri kokoelmista asiakkaiden HyvinvointiTV-ruuduille. Osallistujat keskustelivat näyttelyn taustoista ja sisällöstä. Asiantuntijat kertoivat mielenkiintoisia yksityiskohtia taiteilijoista ja heidän tuotannostaan. Ateneumin taideohjelmat koettiin asiakkaiden keskuudessa merkityksellisiksi ja antoisiksi kulttuurituokioiksi:

”Nämä ovat olleet kyllä niin hyviä. En ole koskaan päässyt muuten käymään Ateneumin taidemuseossa ja nyt saan nauttia hienoista maalauksista täällä kotisohvalla.”

Yhteistyökaupunkien vanhuspalvelujen päättäjät vierailivat lähetyksissä keskustelemassa ikääntymispoliittisista suunnitelmista ja vanhuspalvelujen nykytilanteesta. HyvinvointiTV:n osallistujat saivat vieraakseen tasavallan presidentin Tarja Halosen, joka tervehti virtuaalisesti asiakkaita Shanghain maailman näyttelyn Suomi-päivänä. Kohtaamiset olivat ikääntyneille muistorikkaita tapahtumia.

Interaktiivisen HyvinvointiTV:n ohjelmatuotantoa voidaan tarkastella sosiaalisen tuen näkökulmasta. Sosiaalinen tuki on yksi kanssakäymisen muoto ja sosiaalisen verkoston ominaisuus, jolla on havaittu olevan monia positiivisia vaikutuksia ihmisten hyvinvointiin, elämänlaatuun ja kykyyn selvitä vaikeuksista (Gothoni 1990, Hokkanen & Astikainen 2001, Kumpusalo 1991).

Kumpusalo (1991) määrittelee sosiaalisen tuen tarkoittavan ihmisten välistä vuorovaikutusta, jossa ihmiset antavat ja saavat henkistä, emotionaalista, toiminnallista, tiedollista ja aineellista tukea. Nutbeamin mukaan sosiaaliseen tukeen sisältyy emotionaalinen, tiedollinen ja aineellinen tuki sekä palvelut. Määritelmiä yhdistää sosiaalisen tuen vuorovaikutuksellinen luonne, joka ei pois sulje mahdollisuutta suorasta tuesta henkilöltä toiselle tai järjestelmän kautta annetusta epäsuorasta tuesta. (Kumpusalo 1991.) Vuorovaikutuksellinen tukemisen tavoitteena on vastata kunkin yksilön tai ryhmän tarpeisiin (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002). Kun tuki erotellaan sen sisällön mukaan, puhutaan Turvallinen Koti -hankkeen ohjelmatuotannon yhteydessä emotionaalisesta, henkisestä, informatiivisesta ja toiminnallisesta tuesta.

Turvallinen Koti -hankkeen ikääntyneiden ohjelmatuotannossa tarkoitetaan emotionaalisella tuella mm. asiakkaiden saamaa ja tuottamaa rohkaisevaa palautetta, kuuntelemista, huomioimista ja yhteisöllisyyttä. Hengellisen tuen lähteinä olivat Henrikin ja Tapiolan seurakuntien pastorit ja diakonissat. Hengellisten tuokioiden sisältö koostui kirkkovuoden tapahtumista, keskusteluista, raamatun tekstien lukemisesta, rukouksista ja tuttujen virsien laulamisesta. Lisäksi Tapiolan seurakunnan diakonissat tarjosivat Ehyenä-osahankkeen ikään-

tyneille asiakkaille henkilökohtaista keskustelutukea HyvinvointiTV:n ”point to point”-yhteyden välityksellä.

Ikääntyneiden ohjelmatuotannossa on informatiivinen tuki sisältänyt muun muassa tietoja ja ohjeita terveyden edistämisestä ja sairauksien kotihoidosta, arkitiedon jakamista, tiedottamista palveluista, etuisuuksista ja erilaisista tapahtumista sekä neuvoja laki- ym. asioissa. Informatiivisen tuen tarjoajina olivat eri alojen asiantuntijat, opiskelijat, projektityöntekijät ja osallistujat itse. Toiminnalliseksi tueksi luetaan tässä yhteydessä ohjatut tuolijumppat, tuolitanssituokioiden, visailut ja erilaiset peliohjelmat.

Seuraavassa taulukossa on eritelty esimerkkien kautta sosiaalisen tuen muoto ja sen epäsuora tai suora lähde sekä esimerkki hankkeen ohjelmatuotannosta. Epäsuoralla tuella tarkoitetaan asiantuntijan, opiskelijan tai projektityöntekijän tarjoamaa tukea ja suoralla tuella ikääntyneiden osallistujien välistä tukea. (Taulukko 4).

Taulukko 4. Esimerkkejä sosiaalisen tuen muodosta ja lähteestä Turvallinen Koti -hankkeen ohjelmatuotannossa

Tuen muoto	Epäsuora tuen lähde	Suora tuen lähde	Esimerkki ohjelmasta
Emotionaalinen tuki	Opiskelijat, asiantuntijat, projektityöntekijät	Osallistujien välinen vertaistuki	Keskustelu- ja muisteluohjelmat, lauantaiset kahvituvat
Henkinen tuki	Pastori, diakonissa	Kokemusten jakaminen	Hengelliset tuokioiden ja keskusteluhetket
Informatiivinen tuki	Opiskelijat, asiantuntijat, projektityöntekijät	Vertaisryhmän mahdollistama arki- ja asiantuntijatiedon jakaminen	Erilaiset terveystieteelliset, ravintoneuvonta, kodin turvallisuus,
Toiminnallinen tuki	Opiskelijat, palvelutalojen henkilökunta, tanssinopettaja	Kokemusten jakaminen	Tuolijumppa, sanaselityspelit, visailut, tuolitanssituokioiden.

Case - Aamun ajatuksia

Uudenlaisen ePalvelun ideointi ikääntyneille alkoi keväällä 2010. Pohjana olivat HyvinvointiTV:n kotiasiakkaiden tarpeet ja toiveet sekä HelsinkiMissionin kehittänyt ”Aamukorva”-puhelinpalvelu, joka tarjoaa kuuntelua ja tukea pääkaupunki-seudun seniorille aamun yksinäisinä tunteina (HelsinkiMissio 2010). Tarkoituksena Aamun ajatuksia-ePalvelun kehittämisessä oli tuottaa ja arvioida uudenlaista palvelua Turvallinen Koti -hankkeen ikääntyneille asiakkaille vuorovaikutteisen HyvinvointiTV:n välityksellä. Toiminnan tavoitteena oli juurruttaa konsepti osaksi asiakkaiden yhteistä viikon aloitusta. Aamun ajatukset kehitettiin osana Laurean eAsiointikoulutusta kehittämistehtävänä.

Käytännön toteutuksessa olivat pääosassa menneen viikonlopun kuulumisten ja aamun tunnelmien läpikäyminen sekä tulevan viikon nimipäivistä ja tapahtumista keskusteleminen. Ajatuksia vaihdettiin myös viikon mietelauseesta. Tuokion alkaessa taustalla soi aamumusiikki ja ruudulla näkyi vuoden- ja kellonaikaan sopivia kuvia. Aamun ajatuksia-ePalvelua tuotettiin jokaisena arkimaanantaina syksystä 2010.

Tulosten mukaan sosiaalinen tuki jakautui emotionaaliseen ja informatiiviseen tukeen. Emotionaalista tukea esiintyi yhteisöllisyytenä, vastavuoroisuutena ja vertaistukena. Jotkut haastateltavista käyttivät ryhmästään nimitystä perhepiiri, joka kuvaa hyvin sen merkityksellisyyttä. Siksi on luontevaa, että emotionaalista tukea esiintyi paljon oman, läheiseksi muodostuneen ryhmän kesken. Emotionaalisen tuen ilmeneminen ja osallistujien välinen vahva, myönteinen yhteisöllisyyden tunne edistivät haastateltavien sosiaalista hyvinvointia.

”Me ollaan samaa perhettä kaikki.”

”Käydään läpi monia asioita. Se on ihan verraton asia, se on yksi näitä tärkeimpiä.”

Emotionaalisen tuen rinnalle nousi aineistosta esiin myös informatiivinen tuki sisältäen arkitiedon jakamista, tärkeistä asioista muistuttamista ja uuden oppimista. Tärkeistä asioista muistuttaminen nähtiin merkittäväksi informatiivisen tuen muodoksi. Vastauksissa kerrottiin, kuinka monet unohtuneet asiat tai tehtävät palautuivat aamukeskustelujen pohjalta mieleen ja ne hoidettiin tuokion jälkeen ensi tilassa kuntoon tai kirjattiin muistilapulle.

”Mutta ideoita sieltä tulee kyllä, että joku asia vahvistuu ja joku asia että voihan se noinkin olla.”

”Olen monta kertaa laittanut jonkun asian ylös, että hoida tämä, että sekin pitää muistaa hoitaa.”

Tavoite ePalvelun juurtumisesta osaksi asiakkaiden yhteistä viikon aloitusta ei onnistunut asiakasvetoisuuden puolesta. Tätä selittävät jo olemassa olevat osallistujien keskinäiset keskusteluhetket ohjelmatuotannon rinnalla sekä ohjaajien tärkeä roolista ”impulssin antajana” ja puheenvuorojen jakajana. Projektityöntekijöiden tarjoamalle omalle palvelulle on ollut selkeä tilaus. Vuosia jatkunut yhteistyö, tuttuus ja välittämiseen pohjautuva tuki (ks. Hokkanen & Astikainen 2001) selittävät, miksi ohjaajien rooli koettiin yllättävänkin tärkeäksi.

Case eKerho

eKerhoon osallistui HyvinvointiTV:n välityksellä kaksi ikääntyneiden ryhmää, jotka koontuivat Espoon kahdessa eri palvelukeskuksessa kerran viikossa samanaikaisesti. Kerhoa koordinoi ja ohjasi hankkeen projektityöntekijä, mutta ohjelmia toteuttivat monet muutkin henkilöt opiskelijoista vertaisohjaajiin sekä asiantuntijoihin. eKerhoa tuotettiin sekä Laureasta että palvelutaloista yhteensä 30 kertaa syksyn 2010 ja kevään 2011 aikana. Molemmista ryhmistä toimi lähetyksissä vapaaehtoisena yksi henkilö, joka huolehti tekniikasta ja laitteista.

eKerhon jäseniksi valittiin kaksi eri palvelutaloissa kokoontuvaa ikääntyvien ryhmää. Toinen ryhmä (N=12) oli kokoontunut jo pidempään kerran viikossa palvelukeskuksessa ja osallistunut HyvinvointiTV-lähetyksiin yleensä kaksi kertaa päivän aikana. Tämä ryhmä koostui omissa kodeissaan asuvista toimintakyvyltään jo hieman rajoittuneista ikääntyneistä, joiden avuksi ja seuraksi palvelukeskukseen oli tullut vapaaehtoistyöntekijöitä. Toiseksi ryhmäksi (N=11) valikoitui espoolaisen eläkeläisryhmän jäseniä, jotka koontuivat palvelukeskuksessa kerran viikossa omiin eläkeläisryhmänsä kokoontumisiin. Tämän ryhmän jäsenet olivat hyväkuntoisia, aktiivisia ikääntyneitä.

Ohjelmatarjoilu kerhotapaamisiin rakentui kerholaisten toiveista. eKerhoissa oli keskimäärin 17 kerholaista paikalla. Ohjelmatoiveiksi kokoontumiskerhoille nousivat mm. matkakertomukset, kirjallisuus, tietokilpailut, luonto-ohjelmat ja tietopohjaiset ohjelmat. eKerhokerhoilla päästiin yhteiselle interaktiiviselle matkalle Santorinin saarelle sekä virtuaaliinimatkalle Rhein- ja Mosel-jokien laaksoihin, kuunneltiin espoolaisen kirjailijan mietteitä kahden kirjoittamansa kirjan taustoista ja kirjoittamisesta sekä otettiin mittaa toisista tietokilpailujen merkeissä. Ohjelmaa järjestettiin myös itse, mm. keväisiä lauluja ja runoja kahdelle eri palvelutalon asukasryhmälle.

Ikääntyviä koskevaa tietoa kerholaiset saivat sairaanhoitajaopiskelijoiden pitämässä hoitotahtoa ja -testamenttia käsitelleessä ohjelmassa sekä Espoon seniorineuvojan ja kotikuntoutusfysioterapeutin ohjelmissa. Myös Espoon kaupungin suuhygienistit pitivät ohjelman kuivan suun hoidosta sekä puheterapeutti ikääntymisen vaikutuksista nielemiseen.

Kerholaiset toivovat, että tämän tyyppistä kerhotoimintaa voitaisiin jatkaa tulevaisuudessaakin.

”Täältä lähtee aina virkistyneenä tuonne yläkerran kerhoon.”

”Laumassa lentäminen on mukavampaa (kuin yksin kotoa e-kerhoon osallistuminen, jos siihen olisi mahdollisuus).”

Yhteenveto

Ikääntyvien osallistuminen interaktiiviseen ohjelmatuotantoon arvioitiin yleensä erittäin positiivisena. Osallistuminen HyvinvointiTV:hen aktivoi, virkisti ja innosti ikääntyviä henkilöitä. Kohdennetut ohjelmasisällöt, kuten esimerkiksi liikuntaohjelmat, ylläpitivät ja jopa edistivät fyysistä kuntoa. Useat haastattelut korostivat erityisesti HyvinvointiTV:n merkitystä yksinäisyyden vähentämisen ja uusien kontaktien saamisena. Myös omaehtoinen ohjelmatuotanto ikääntyvien vertaistuotantona arvioitiin arvokkaaksi. Arviointi on koottu seuraavaan taulukkoon. (Taulukko 5)

Taulukko 5. Yhteenveto arvioinnista

OHJELMATEEMAT	SEURAUKSET	TEKNIikka
<p>++++ Kuntoa ja liikuntakykyä edistävät ja ylläpitävät ohjelmat</p> <p>++++ Aktivoivat ohjelmat:</p> <p>Halu osallistua keskusteluun myös ohjelman jälkeen</p> <p>Mielekestä seuraa arkeen</p> <p>Kulttuuri- ja harrasteohjelmat (musiikki, rauhoittava ja rentouttava)</p> <p>++++ Muisteluohjelmat, visailu- ja tietokilpailuohjelmat:</p> <p>Muistin virkistuminen</p> <p>Positiivinen kilpailu ryhmässä</p> <p>+++ Asia- ja tieto-ohjelmat:</p> <p>Tietoa</p> <p>++++ Omaehtoinen yhteydenpito:</p> <p>Lauantaikahvitupa</p>	<p>Kohdennettuja ja räätälöityjä ohjelmia</p> <p>Osallistuminen</p> <p>Interaktiivisuus</p> <p>Voimaantuminen</p> <p>Uusia ihmissuhteita, ystäviä: ryhmäytyminen, "iso perhe"</p> <p>HALU OLLA JA SELVIYTYÄ OMASSA KODISSA</p> <p>Palvelutalossa parhaimmillaan HyvinvointiTV kiinteänä osana ryhmätoimintaa</p> <p>Keskustelua ohjelman jälkeen</p> <p>Toiveena:</p> <p>HyvinvointiTV:n ohjelman sisältöjen yhdenmukaisuus palvelutalon teemaviikkojen kanssa</p> <p>HyvinvointiTV:n etiketti (käyttämishohje)</p>	<p>HyvinvointiTV:n häiriöt:</p> <p>Ääniongelmia</p>
<p>+ Tyydyttävä ++ Hyvä +++ Kiitettävä ++++ Loistava</p>		

4.2 HyvinvointiTV omaishoitajan tukena

Elina Vuorio & Kaisa Jokela

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu, jonka järjestämisestä kunnan tulee huolehtia määrärahojensa puitteissa. Omaishoidon tuella tarkoitetaan kokonaisuutta, johon kuuluvat hoidettavalle annettavat tarvittavat palvelut sekä omaishoitajalle annettava hoitopalkkio, vapaa ja omaishoitoa tukevat palvelut, jotka määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. (Omaishoidon tuki, opas kuntien päättäjille 2006.)

Laurean aiemmassa Coping at Home-hankkeessa kehitettiin HyvinvointiTV:tä omaishoitajille. Hankkeessa tunnistettiin neljä erilaista omaishoitajakäyttäjär ryhmää; aktiivikäyttäjät, hiljaiset käyttäjät, satunnaiset käyttäjät ja luopujat. (Piirainen 2008.) Turvallinen Koti -hankkeessa HyvinvointiTV:tä omaishoitajan tukena testattiin Omana-osahankkeessa. Salossa osallistujina olivat ikääntyneet yli 65-vuotiaat omaishoitajat, jotka asuivat kaukana keskustasta ja omaishoidon tukipisteestä. Ikääntyvillä omaishoitajilla oli vaativat hoitotilanteet kotona. Hankkeessa Salon kaupungin tavoitteena oli saada HyvinvointiTV:stä yhden konkreettisen lisäpalvelumuodon omaishoitajien avuksi. Omaishoidon etuuskäsittelijä valitsi hankkeeseen mukaan tulevat asiakkaat. Ensimmäiset asiakasvalinnat tapahtuivat vuoden 2009 alussa, jolloin mahdollisia kohderyhmään kuuluvia omaishoitajia oli 260. Näistä noin puolet asui Salon taajaman ulkopuolella.

Seuraaviin tekstiosuuksiin on kerätty tutkimustuloksia Varsinais-Suomen osahankkeen ikääntyneistä HyvinvointiTV:tä käyttäneistä omaishoitajista sekä Salon kaupungin asiantuntijoista. Tulokset perustuvat pääosin vuoden 2011 haastatteluaineistoon, jota analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin menetelmällä. Lisäksi tulosityhteenvedossa huomioitiin soveltuvien osien vuosien 2009-2010 vastaavaa aineistoa. Kotitalousasiakkaiden osalta tiedonkeruu toteutettiin yksilöhaastatteluina asiakkaiden kodeissa ja asiantuntijoiden osalta ryhmähaastatteluna.

Salossa oli hankkeen aikana seitsemän HyvinvointiTV-laitetta, jotka asiakkaiden muuttuvien elämäntilanteiden vuoksi olivat yhteensä 11 asiakkaalla. Laittevaihdoksia aiheuttivat hoidettavan tai hoitajan kuolemat, kaksi omaishoitajaa luopui laitteesta vapaaehtoisesti ajanpuutteen vuoksi. Alun perin Salon kaupunki oli linjannut, että laitteesta täytyy luopua kuukauden kuluttua

omaishoitotilanteen päätyttyä. Kuitenkin jotkut omaishoitajat kokivat välttämättömäksi laitteen kautta tutuksi tulleen vertaisryhmän tuen jatkuvan myös omaishoitotilanteen päätyttyä. Näin ollen mukana hankkeessa oli loppuun asti asiakkaana myös kaksi entistä omaishoitajaa.

Hankkeessa mukana olevat omaishoitajat kokivat kuntonsa ja vointinsa tyydyttäväksi tai hyväksi. Kaikilla asiakkailla oli joitakin sairauksia, mutta jokapäiväistä elämää suuresti haittaavia toimintahäiriöitä heillä ei ollut. Omaishoitajien suurin ongelma oli hoitotilanteen myötä tullut elämänmuutos, joka vaatii omista harrastuksista ja sosiaalisista suhteista luopumista. Eniten omaishoitajat kaipasivat lisää kotiin tulevaa hoitoapua. Kukaan asiakkaista ei käyttänyt säännöllistä intervallihoidojakson mahdollisuutta. Pääosin syynä tähän oli se, että hoidettava on huonommassa tai sekavammassa kunnossa palattuaan kotiin hoitojaksolta. Pääsääntöisesti asiakkaat eivät käyttäneet eivätkä kokeneet tarvitsevänsä kunnan tarjoamaa kotihoidon apua, kahden kohdalla puolisoa käytiin auttamassa säännöllisesti.

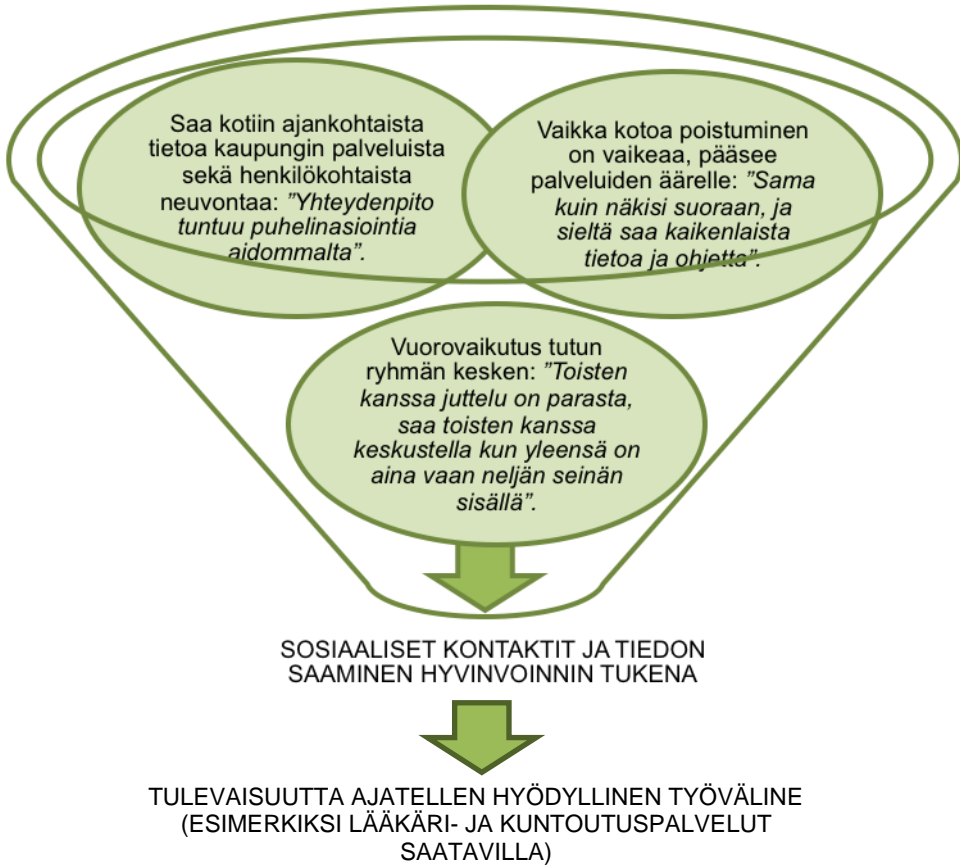
Asiakkaiden kokemukset - ” Mielialan parantaja ja psyykkisesti tärkeä”

Salon omaishoitajaryhmän oli hankkeen aikana mahdollista osallistua yleisen ohjelmatarjonnan lisäksi myös omaan vertaistukiryhmään, joka kokoontui virtuaalisesti kerran viikossa. Ryhmässä omaishoitajat saivat keskustella mieltään painavista aiheista. Lisäksi ryhmässä oli säännöllisiä paikallisia asiantuntijavieraita, kuten muistineuvoja, kuntohoitaja, palveluohjaaja ja lääkäri. Myös omaishoidon etuuskäsittelijä oli aktiivisesti mukana ryhmän toiminnassa. Yleisten lähetysten, vertaistukiryhmän ja asiakkaiden välisten kahdenkeskisten kuvapuheluiden lisäksi omaishoitajien oli mahdollista olla Salon omaishoidon etuuskäsittelijään henkilökohtaisessa kuvapuheluyhteydessä laitteen kautta.

Kaikki asiakkaat osallistuivat HyvinvointiTV:n ohjelmälähetysiin päivittäin tai muutaman kerran viikossa. Yksi asiakkaista ei ollut aktiivinen käyttäjä, ja hän oli vain harvoin mukana lähetyksissä. Laiteratkaisussa esiintyi kaikilla omaishoitajilla jonkin verran teknisiä ongelmia, jotka haittasivat sekä lähetykseen osallistumista että kahdenkeskisiä yhteydenottoja muihin käyttäjiin.

Asiakkaiden mielestä tärkeintä lähetyksissä oli keskinäinen yhteys. Vuorovaikutus toimi kaikkien mielestä hyvin, toiset olivat puheliaampia, mutta kaikki kokivat pääsevänsä halutessaan ääneen. Mieliohjelmia olivat keskusteluohjelmat, tietoa antavat asiaohjelmat, liikuntaan ja terveyteen liittyvät ohjelmat sekä kulttuuriin, muisteluun ja visailuun liittyvät ohjelmat. Salon oman ryhmän oh-

jelmat koettiin erityisen tärkeiksi. Salon ryhmään asiakkaat pyrkivät osallistumaan joka kerta. Yleisten lähetysten kautta tarjottavista ePalveluista mielisempänä esiin nousi erityisesti Turun Kauppatorin apteekin farmaseuttien pitämät apteekkipalvelulähetykset. Myös muita ePalveluita asiakkaat seurasivat mielenkiinnolla.



Kuvio 9 Virtuaalisen vertaistukiryhmän merkitys

Yksi hankkeen loppuvaiheessa mukana olevista asiakkaista ei kokenut HyvinvointiTV:tä tarpeelliseksi itselleen, joskin hän suhtautui laitteeseen positiivisesti ja uskoi, että laitteesta olisi hyötyä yksinäisille ja syrjässä asuville omaishoitajalle. Tätä omaishoitajaa ennen kaksi asiakkaista halusi luopua laitteesta samoin perustein. Pääsääntöisesti asiakkaat kokivat HyvinvointiTV:n olevan

tärkeä ja he olivat tyytyväisiä laitteen mukanaan tuomaan hyvinvointiin. Omaishoitajien elämä sijoittui pääosin vain kotiympäristöön, eikä puolisoista saanut tasavertaista keskustelukumppania. Asiakkaat kokivat, että ilman laitetta he olisivat yksinäisempiä kuin nyt. Osa asiakkaista kuvaili laitetta henkireiäksi. HyvinvointiTV toi mukanaan myös turvallisuuden tunteen: asiakkaat tunsivat toisensa niin hyvin, että he osasivat olla huolissaan, jos joku asiakkaista oli poissa linjoilta. Yksi asiakkaista ei välttämättä halunnut olla mukana HyvinvointiTV:n palveluiden parissa hankkeen jälkeen. Muut halusivat pitää laitteen jatkossakin. Nykyisten palveluiden lisäksi he olivat kiinnostuneita kokeilemaan esimerkiksi virtuaalista lääkärin vastaanottoa.

Osa asiakkaista oli yhteydessä toisiinsa myös lähetysten ulkopuolella kahdenkeskisten kuvapuheluiden kautta. Lisäksi lähetysten jälkeen jäätiin usein keskustelemaan ajankohtaisista aiheista. Osa asiakkaista kokeili yhteydenpitoa omaishoidon etuuskäsittelijään kahdenkeskisen kuvapuhelun kautta. Yhteyttä kokeilleiden omaishoitajien palautteiden mukaan tämä palvelu oli mukava, koska yhdistetyn kuva- ja äänyhteyden takia yhteydenpito tuntui puhelinasiointia aidommalta. Myös omaishoidon etuuskäsittelijä koki kahdenvälisen kuvapuheluyhteyksmahdollisuuden hyväksi:

”Esimerkiks yhdelle omaishoitajalle laite tuo turvaa ja yhteydenpitomahdollisuuden. Ja kyl hän mullekin lähes joka päivä soittelee eri asioista, et kyl ne nyt valitsee sen television, ettei ne enää sen kännykän kautta soittele.”

Omaishoitajista kahdella oli mahdollisuus olla kuvapuheluyhteydessä myös läheisiinsä. Yhteys ei ollut paljoa käytössä, yhtenä syynä käyttämättömyyteen oli muun muassa käyttö- ja yhteysongelmat omaisten käyttämässä tietokoneohjelmassa. Omaiset kuitenkin suhtautuivat hankkeeseen myönteisesti ja kokivat, että laitteesta oli yleisesti hyötyä heidän omaisilleen. Omaisten mielestä kuvapuhelu oli hyödyllinen yhteydenpitomuoto. Kuvan näkeminen oli mukava lisä ja kertoi läheisen kunnosta pelkkää ääntä enemmän.

Asiantuntijoiden kokemukset - ”Tullaan ottamaan hyvinvointiteknologiaa aktiivisesti käyttöön jatkossakin”

Salon kaupungin asiantuntijat olivat huomanneet HyvinvointiTV:n kautta tapahtuneen yhteydenpidon, sosiaalisten verkostojen luomisen ja toimintaan osallistumisen hyvin tärkeäksi omaishoitajille. Laite antoi mahdollisuuden sosiaaliseen kanssakäymiseen ja elämään ihan uudella tavalla, lisäksi se toimi

myös keskinäisen huolenpidon välineenä. Asiantuntijoiden mukaan asiakkaat selvästi pitivät yleisistä ohjelmälähetyksistä, myös Salon oma vertaisryhmätoiminta tiistaisin oli hedelmällistä.

Asiantuntijat kokivat laitteesta olevan eniten hyötyä syrjässä asuville omaishoitajille. Hankkeessa mukana olevilla omaishoitajilla oli haastavat elämäntilanteet. Useimmissa tapauksissa hoidettavaa ei voinut jättää hetkeksikään yksin kotiin, joten laitteen kautta kontaktin saaminen muihin ihmisiin oli tärkeää. HyvinvointiTV koettiin kotiin sidotuille ihmisille tukea, aktiivisuutta ja hyvinvointia luovaksi tekijäksi.

”Jos ajattelee, että tätä kautta saadaan tuettua heitä aika paljon monissa asioissa ja tuotua virikkeitä heidän arkeensa. Siihen ei tarvitse kuin osallistua. Että on se sitten jumppaa tai visailua, niin se kyllä tukee heidän jaksamistaan eri tavoin, uskon niin”.

Asiantuntijat uskoivat laitteen tulevan uudeksi työvälineeksi perinteisten keinojen rinnalle. Lähetyksissä vierailleet salolaiset asiantuntijat olivat innostuneita uudesta välineestä ja työmuodosta. HyvinvointiTV toi muutoksia myös omaishoidon etuuskäsittelijän työhön henkilökohtaisen kuvapuhelumahdollisuuden myötä. Etuuskäsittelijä koki, että tulevaisuudessa hyvinvointiteknologia mahdollistaa työn uudelleen organisoinnin. Lisäksi omaishoitajien kohdalla kustannuksia ja asiantuntijoiden ajankäyttöä laskiessa kannattaa verrata kustannuksia virtuaalisesti toteutettavan ryhmäohjauksen ja fyysisesti samassa paikassa toteutettavan (yksilö)ohjauksen välillä (esimerkiksi lääkärin vastaanototkäynnit).

Salon asiantuntijoiden mielestä HyvinvointiTV oli hyvä keino tukea omaishoitajan jaksamista. Toistaiseksi ongelmaksi laitteen käytössä koettiin kallis hinta ja tekniikan toimintaongelmat. Kunhan laitehinnat saadaan sopiviksi ja teknologia toimimaan moitteettomasti, laitteita voidaan suunnitella otettavan käyttöön laajasti omaishoitajien tueksi.

”Kyllä meillä Salon kaupungin vanhustenhuollossa on tullut sellainen vahva kokemus, että me tullaan ottamaan hyvinvointiteknologiaa aktiivisesti käyttöön jatkossakin ... Kyllä me täst tiedetään, et on niit asiakasryhmii, joille teknologia on just se oikea ratkaisu. Että oikeasti meilt vapautuu sitä työaika niille asiakasryhmille, jotka tarvitsevat niitä lisähenkilöstöresursseja.”

Case: Omaishoitaja

Asiakas on 78-vuotias salolainen maaseudulla asuva omaishoitaja. Asiakas pärjää arjessa hyvin muiden sairauksiensa kanssa, mutta muutaman vuoden takaa uusiutunut syöpä painaa mieltä. Asiakkaan muistisairas puoliso ei ymmärrä sairauden vakavuutta, eikä näin ollen osaa tukea asiassa. Asiakas ei käytä kotihoidon palveluita, siivoja käy hänen luonaan silloin tällöin. Kerran viikossa asiakas pääsee kauppa-auton kyydissä keskustaan hoitamaan asioitaan. Asiakkaan lapset asuvat lähellä, ja he ovat tarvittaessa apuna kodin asioihin liittyen.

Asiakkaan päivät kuluvat kotona puolison kanssa kahdestaan. Kahtena päivänä viikossa puoliso käy muistisairaille tarkoitetussa päivätoiminnassa. Tämä tuo hetkellistä helpotusta asiakkaan arkeen. Asiakas käy joskus pelaamassa petankkia, tosin viime aikoina hän ei ole päässyt pelaamaan huonojen kulkuyhteyksien vuoksi. Asiakkaalle on ehdotettu, että hän veisi oman jaksamisensa tukemiseksi puolisonsa intervalli-hoitojaksoille säännöllisesti. Asiakas ei ole vielä suostunut tähän, koska näiden jaksojen jälkeen puoliso on pitkään tavallista sekavampi.

Asiakas osallistuu HyvinvointiTV:n ohjelmiin viikoittain, lähes joka päivä. Erityisesti Salon omaan virtuaaliseen vertaistukiryhmään hän yrittää osallistua joka kerta. Asiakkaan mielestä mieluisimpia ohjelmia ovat musiikkiohjelmat ja visailut. Opiskelijoiden ja asiantuntijoiden pitämistä asiaohjelmista hän kokee saavansa hyvää tietoa. Salon ryhmän lähetystarjonnasta asiakas pitää erityisesti lääkärin ohjelmista, muistiin liittyvistä ohjelmista sekä vapaasta keskustelusta ryhmän kesken. Asiakkaan mielestä kaikenlaiset HyvinvointiTV:n kautta saatavat palvelut toimivat hyvin: ”sama kuin näkisi suoraan, ja sieltä saa kaikenlaista tietoa ja ohjetta”. Aluksi asiakkaalla oli hänestä riippumattomia teknisiä ongelmia laitteen käytön kanssa. Hän oli jo luopumassa laitteesta, koska ajatteli, että ei opi koskaan käyttämään sitä. Nyt hän ei enää antaisi laitetta pois. ”Jos se nyt pois otetaan, niin sit tulee suru puseroon”. Asiakas uskoo HyvinvointiTV:n vaikuttaneen positiivisesti hänen mielialaansa. Hän kokee, että saa korvattua aidon seuran ja seurustelun puuttumisen laitteen kautta.

4.3 HyvinvointiTV ikääntyneen kotihoidon ja palvelukeskusten asiakkaan elämän ja arjen tukena Varsinais-Suomessa

Elina Vuorio

Turvallinen Koti / OMANA-osahankkeen toiminnassa oli mukana viisi laitilalaista kotihoidon asiakasta. Asiakkaat olivat syntyneet vuosina 1922-1934. HyvinvointiTV®-toiminnassa oli mukana kaksi miestä ja kolme naista. Asiakkaiden elämäntilanteet vaihtelivat melko paljon ja niihin tuli erilaisia muutoksia sen ajan, mitä asiakkaat olivat mukana HyvinvointiTV®-pilotissa. Useilla asiakkaista oli jokin pitkäaikaissairaus (esim. diabetes, sepelvaltimotauti, verenpaine-tauti ja nivelrikko) ja muutamilla oli eriasteisia kuulo-ongelmia. Kaikki osallistujat olivat luonteeltaan sosiaalisia ja puheliaita, vaikkakin se ilmeni eri tavoin HyvinvointiTV®-lähetysissä. Tosin muutamat olivat aiemmissa alku- tai palauttehaastatteluissa maininneet, että heillä esiintyi ajoittain eriasteista masennusta ja osa heistä koki yksinäisyyttäkin. Kaikki Laitilan kotitalousasiakkaat saivat säännöllistä kotihoitoa (joko kotipalvelua tai kotisairaanhoidtoa, keskimäärin 2-3 krt / päivä), mutta useimmat myös siivousapua, kylvety sapua ja kaupassakäynti- sekä erityyppistä asiointiapua viikoittain. Lisäksi osa sai naapuriapua eri asiointitilanteissa. Laitilan kotitalousasiakkaat harrastivat erilaisia asioita oman mieltymyksen ja ajankäytön mukaan. Näihin kuuluivat mm. luke-minen, käsityöt, television katseleminen sekä yhteydenpito omaisiin ja läheisiin. Uudenlainen tekniikka on ollut osalle HyvinvointiTV®-toiminnassa mukana olevalle ikääntyneelle jo entuudestaan tuttua. Osa heistä oli käyttänyt mm. aktiivisesti kännykkää ja muutamat tietokonettakin ennen projektiin osallistumista.

Laitilan kotihoidon asiakkaiden lisäksi Varsinais-Suomen osahankkeeseen osallistui Turun alueen palvelukeskusten iäkkäitä asiakkaita Kotikunnaasta, Lehmusvalkamasta, Portsakodista ja Auralan Settlementistä sekä Laitilan Terveyskodista. Osahankkeessa oli mukana yhteensä 29 palvelukeskusasiakasta ja 17 ns. vertaisryhmän asiakasta (Aurala), jotka osallistuivat myös hankkeen toimintatutkimukseen. Verrattuna kotihoidon asiakkaisiin palvelukeskusten ja Auralan asiakkailla oli hyvin erityyppinen elämäntilanne ja he muodostivat melko heterogeenisen ryhmän. Yhtäältä HyvinvointiTV®-toiminnassa oli mukana fyysiseltä toimintakyvyltään huonokuntoisia ikääntyneitä palvelukeskuksista, kun taas toisaalta hyvin omatoimisia ja aktiivisia senioreita, jotka osallistuivat säännöllisesti esimerkiksi Auralan monipuoliseen senioritoimintaan.

Kaiken kaikkiaan Varsinais-Suomessa HyvinvointiTV-toimintaan osallistuvien kotitalousasiakkaiden osallistumisaktiivisuus vaihteli henkilöittäin jonkin verran. Eräs haastatelluista kertoi osallistuvansa lähes kaikkiin ohjelmiin. Muut haastatellut pyrkivät osallistumaan lähes päivittäin, tosin välillä muut menot tai sairastelut, erityisesti laitushoivajaksot, olivat estäneet osallistumisen. Asiakkaiden kokemukset HyvinvointiTV:n sisällöllisistä teemoista vaihtelivat myös hie-
man, vaikka tiettyjä suosituimpia osa-alueita voitiin kaikille löytääkin. (Kuvio 10).



Kuvio 10. HyvinvointiTV:n sisällöntuotannon teemat

Haastateltujen mielestä sekä aamu- että iltapäivälähetykset sopivat heidän aikatauluhiinsa pääsääntöisesti, tosin kaksi haastateltavaa totesi aamupäivän lähetyksen olevan päällekkäin lounasruokalahetyksen kanssa, joka häiritsee lähetykseen osallistumista. Kaikilla asiakkailla oli lähiaikoina ollut ongelmia laitteen toimivuuden kanssa. Kunnossa ollessaan laitetta pidettiin toimivana sekä käytön että kuuluvuuden ja näkyvyyden kannalta. Kaikki haastatellut kotitalousasiakkaat pitivät HyvinvointiTV®:tä hyödyllisenä välineenä, joka tuo vaihtelua, tietoa ja sosiaalisia kontakteja paljon kotona oleville ja yksinäisille ikääntyneille henkilöille. Kolmella asiakkaalla on ollut käytössään omaisyhteys sukulaisiinsa keväästä 2010 lähtien. Yhteys on toiminut hyvin, sitä on käytetty vii-

koittain ja siitä on pidetty huolimatta ajoittain lisääntyneistä teknisistä ongelmista.

Palvelukeskusasiakkaiden kokemuksista analysoidut tutkimustulokset poikkesivat jonkin verran edellä kuvailluista kotitalousasiakkaiden näkemyksistä. Laitilan Terveyskodin asiakkaat, ns. ukkokööri, osallistuvat lähetyksiin keskimäärin viikoittain. Eniten ryhmä on ollut mukana Turun alueen palvelukeskusten välisen TUPA-kanavan lähetyksissä. He ovat olleet myös sisällöntuottajina lähetyksissä. Haastateltavien mielestä aamupäivät ovat parempia lähetyksiaikoja heidän ja Terveyskodin viriketoiminnan näkökulmasta. Kuvan laatu oli haastateltavien mielestä hyvä. Äänenvoimakkuus on parantunut mutta se on edelleen pääosin liian hiljainen asiakasryhmän huonokuuloisuudesta johtuen. Huonokuuloisuus aiheuttaa myös sen, että ohjaajan täytyy olla paikalla ”tulkkauksessa” ohjelmälähetyksiä. Haastateltavien mukaan HyvinvointiTV® on hyödyllinen, sillä vakituisille asiakkaille ei riitä kuntoutuksia koko ajaksi ja siten heillä on välillä ylimääräistä aikaa. Lehmusvalkaman ja Portsakodin asiakkaat osallistuvat ohjelmiin silloin tällöin. Viikonpäivistä on hankala löytää kaikille sopivaa, koska palvelutaloissa on paljon ohjelmaa muutenkin. Palvelukeskusasiakkaiden mielestä toiminnalliset ja mieltä virkistävät ohjelmat ovat olleet kaikkein mieluisimpia.

Case: Kotihoidon asiakas

Asiakas sairastaa diabetesta ja hän käyttää säännöllisesti lääkitystä. Hänellä on ollut myös vasemmanpuolinen halvaus, joka haittaa hänen kotona selviytymistään jokapäiväisessä elämässä. Asiakas aloittaa aamunsa lukemalla lehden ja juomalla aamukahvia. Diabeteksen vuoksi hän mittaa verensokerinsa 7-9 kertaa vuorokaudessa. Normaalisti asiakkaan päivärutiineihin kuuluu runsas ulkoilu. HyvinvointiTV-lähetykset vaikuttavat merkittävästi asiakkaan arjen kulkuun. Sosiaalisten suhteiden osalta asiakas mainitsee veljentyttären sekä veljentyttärentyttären olevan tärkeitä henkilöitä hänen elämässään. Heidän kanssaan asiakas on puhelinyhteydessä viikoittain. Myös veljensä kanssa asiakas on säännöllisesti puhelinyhteydessä. Asiakkaan naapurustossa asuu läheisiä ystäviä, joiden kanssa hän on säännöllisesti tekemisissä. HyvinvointiTV-käyttäjistä asiakas on saanut itselleen uusia ystäviä. Kotonaan asiakas pärjää tällä hetkellä hyvin saamiensa palvelujen tukemana. Asiakas korosti haastattelussa naapureiden antaman avun olevan merkittävää. Ilman naapureiden apua asiakas tarvitsisi uusia palveluja muun muassa asiointiin liittyen. Tällä hetkellä asiakkaalla on käytössään ruoka- ja siivouspalvelu, turvaranneke sekä päivittäin suoritettava kotihoidon tarkastuskäynti. Näiden lisäksi naapurit hoitavat muun muassa asiakkaan päivittäistavara- ja apteekkiasioinnin.

Asiakas on alusta asti ollut hyvin aktiivinen HyvinvointiTV-käyttäjä. Lähetysiin hän osallistuu aina, kun se on mahdollista, käytännössä päivittäin. Sisällöllisistä aiheista asiakas mainitsi kiinnostavimpina apteekkilähetykset ja Lahja Isotuvan lähetykset. Hän lisäsi vielä, että voimistelua lukuun ottamatta kaikki lähetykset ovat mielekkäitä. Lähetysajat ovat sopineet asiakkaan arkirytmiiin hyvin. Vuorovaikutus on hänen mielestään toiminut lähetyksissä hyvin. ePalveluiden osalta asiakkaalle olivat tuttuja apteekin, seurakunnan, apuvälineklinikan, sairaanhoitajan, poliisin ja asianajajan lähetykset. Asiakkaan mukaan e-palvelulähetyksistä saa paljon tietoa ja niissä saa esittää haluamiaan kysymyksiä. Ohjelmalähetysten ulkopuolisina aikoina asiakas on ollut aktiivisesti yhteydessä muihin HyvinvointiTV-käyttäjiin. Hän pitää merkittävänä sitä, miten kuva lähentää yhteyttä. Yhteydenoton maksuttomuus on myös lisännyt yhteydenottojen määrää. Asiakkaan mielestä laiteratkaisu on erittäin helppokäyttöinen. Laiteongelmia on esiintynyt ajoittain.

Asiakkaan kokemuksen mukaan HyvinvointiTV on hänelle korvaamaton apuväline. Hän uskoo vahvasti joutuvansa turvautumaan uudelleen psyykelääkkeisiin, mikäli laite otettaisiin häneltä pois. Asiakas toivoo voivansa seurata myös jatkossa nykyisen kaltaisia lähetysjä. Hän myös haluaa ehdottomasti seurata lähetysjä hankkeen päättymisen jälkeen. Asiakas kertoi haastattelussa laitekokeilun muuttaneen hänen elämänsä valtavasti positiiviseen suuntaan. Hänen lääkärikäynnit ovat kokeilun aikana vähentyneet. HyvinvointiTV®:n kautta asiakas on saanut uusia ystäviä, joiden kanssa yhteydenpito on ollut aktiivista. Asiakas painotti haastattelussa, ettei usko selviytyvänsä samalla tavalla ilman HyvinvointiTV®:tä. Asiakkaan kokemuksia vahvistavat myös kotihoidon edustajien samansuuntaiset kommentit:

*”Kyllä voin sanoa, että asiakas on muuttunut, kun hänelle on tullut tämä laite. Että hänen vointi on mennyt parempaan suuntaan ja saat-
taa olla, että ollaan vältytty laitospaikaltakin tämän ansiosta.”*

”Kaupungin näkökulmastakin aluksi pohdittiin, että niitä laitevaihtoja olisi ollut enemmän. Mutta käytäntö osoittautui toiseksi, koska niitä laitteita ei voi ottaa noin vain asiakkailta pois. Laitevaihtoja on tehty siten sujuvasti huomioiden asiakastilanteet ja -tarpeet, eikä niinkään olla nyt keskitytty siihen määrälliseen kokeilumäärän kasvattamiseen.”

Case: Palvelukeskus Kotikunnaan HyMy-ryhmä

Palvelukeskus Kotikunnaan ns. HyMy-ryhmään eli HyvinvointiTV®-ryhmään kuuluvat henkilöt ovat vuosina 1921-1939 syntyneitä ikäihmisiä. Ryhmään kuului kuusi naista. Kaikilla haastatellulla henkilöillä oli todettu jokin pitkäaikaissairaus tai vamma. Näitä

olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, astma, diabetes, syöpä, sydän- ja aivoverenkierto-häiriö, sydämen vajaatoiminta, kasvain selkänikamassa, kilpirauhasen vajaatoiminta sekä uniongelmat ja krooninen masennus. Yhdellä heistä oli diagnosoitu myös alkava muistihäiriö.

Neljä haastatelluista henkilöistä saa apua Turun kaupungin kotihoidon kautta. Näistä henkilöistä kolmelle tehdään yksi käynti päivittäin, mutta yhden ikäihmisen luona käydään kolme kertaa päivässä. Käyntien sisältö vaihtelee hieman asiakkaittain, mutta useimmiten ne liittyvät lääkkeiden annosteluun ja/tai -ottoon, ruuan lämmitykseen, kylvetysapuun, pyykkihuoltoon ja kauppa-asointiin. Viisi haastatelluista saa siivousapua (keskimäärin 2 krt / kk), suurin osa omaisilta, aviomieheltä tai yksityisen palvelutuottajan kautta, mutta eräs haastatelluista saa avun sotainvalidiliiton kautta. Kolme kuudesta haastatellusta ikääntyneestä kertoi hoitavansa vielä aktiivisesti omia esim. pankki- ja vakuutusasioita, mutta toiset kertovat saavansa apua omaisiltaan. Haastateltujen henkilöiden liikuntarajoitteisuus vaikuttaa osaltaan siihen, että moni haastatelluista henkilöistä on joutunut luopumaan sellaista vapaa-ajan harrastuksista, joissa on aiemmin ollut aktiivisesti mukana.

Kotikunnaan HyMy-toiminnan pilottiryhmässä on osallistuttu kerran viikossa HyvinvointiTV-ohjelmälähteyksiin. Päivä on ollut tiistaiaamupäivä ja tapaamisia on ollut säännöllisesti siitä lähtien, kun toiminta käynnistyi lokakuussa 2009. Ryhmäläiset kokivat olevansa samanhenkisiä yksinäisiä ihmisiä, joille toisten läsnäolo ja heidän antamansa tuki auttaa selviämään kotona arjessa. Kotikunnaan HyMy-ryhmään kuuluvat ovat osallistuneet aktiivisesti eri ohjelmiin, joita on tiistaisin tullut. Liikkumista tukevista ohjelmista on pidetty erityisesti. Fysioterapeuttipiskelijoiden tasapainoa tukevista liikuntaharjoitteista ryhmä on erityisesti pitänyt. Samaa mieltä olivat myös Kotikunnaan edustaja. Lisäksi ryhmän yhteiset keskustelut ovat olleet kiinnostavia. Myös tietokilpailusta ja sana-arvoituksista sekä laulu- ja musiikkiohjelmista pidettiin. Asiantuntijaohjelmia, esim. erilaisten sairauksien ja niiden omahoidosta, eivät ryhmäläiset olleet niinkään kiinnostuneita. Lähteykset ovat toteutuneet hyvin, vaikka tekniset ongelmat ovat joskus häirinneet keskusteluja. Kuvan laatu on parantunut heidän mielestään kokeilun aikana. Haastateltavat kokivat, että he ovat hyöttyneet niin yhdessä olemisesta kuin useista ohjelmistakin, jotka ovat olleet liikuntapainotteisia. Seuraavaan on koottu ryhmäläisten (A 1 - A 4) suoria lainauksia siitä, miten hyödyllisinä he ovat kokeneet HyvinvointiTV®-toimintaan osallistumisen:

"10+, mielelläni olen tullut tänne ja tulen jatkossakin. Tässä seurassa ei tule väärin ymmärretyksi."

"Yhteiselo ja rupattelu on mielenterveydelle hyväksi."

"Toiminta on parasta, mitä on nyt elämässäni tällä hetkellä. Se tuo sisältöä, jaetaan asioita."

"Toiminta on minulle tärkeää, koska omaiset ovat kaukana."

4.4 HyvinvointiTV:n ohjelmatuotanto kehitysvammaisten henkilöiden ryhmässä

Paula Lehto & Riitta Matero

Arvion mukaan Suomessa on noin 250 000 henkilöllä merkittävä vamma tai toimintavajavuus eli noin viidellä prosentilla väestöstä. Vamman vuoksi asumisen tueksi runsaasti palveluita tarvitsevia arvioidaan olevan 20 000 - 40 000 henkilöä eli noin 0,4 - 0,8 prosenttia väestöstä. Vammaisten henkilöiden asumisen mahdollistavat riittävät palvelut ja tukitoimet ovat jokaiselle käyttäjälle ja hänen läheisilleen erittäin merkittäviä. (Vammaisten ihmisten asumispalvelujen laatusuositus 2003.) Vaikeavammaisten kohdalla asumisen käsite lähenee elämisen käsitettä. Asumisen järjestelyt vaikuttavat siihen missä määrin henkilö voi itse ohjata elämäänsä ja osallistua yhteiskunnan toimintoihin. (Kotiranta 2008.)

Vammaisten henkilöiden elämä saattaa olla täynnä haasteita, joilla voi olla vaikutusta moniin elämänalueisiin tai olla haittana ja hidasteena vain joissakin toiminnoissa. Laadukkaiden terveydenhoitopalvelujen ja muiden tukipalvelujen lisäksi erilaiset teknologiset ratkaisut ovat tulleet avuksi ja apuvälineeksi turvaamaan ja helpottamaan vammaisten henkilöiden arkea ja saattamaan elämä sille tasolle, joka vastaa henkilön yksilöllisiä tarpeita. YK:n vammaisten henkilöiden mahdollisuuksien yhdenvertaistamista koskevissa yleisohjeissa on kirjattuna yhdenvertaisten oikeuksien periaate, jonka mukaan kaikki yhteiskunnan ja ympäristön erilaiset järjestelmät on saatettava kaikkien ja erityisesti vammaisten henkilöiden ulottuville (Valtakunnallinen vammaisneuvosto).

Turvallinen Koti -hankkeen Ehyenä osahankkeessa pilotoitiin HyvinvointiTV:n ja muiden teknologisten ratkaisujen soveltuvuutta kehitysvammaisten henkilöiden arjen tukemiseen. Hankkeessa oli mukana Helsingistä kehitysvammaisten asumis- ja työtoimintaa tuottava Lyhty ry sekä asumispalveluita Kuusankoskella tuottava Aspa-palveluiden asumisyksikkö.

Turvallinen Koti -hankkeen tutkimusryhmään osallistui kehitysvammaisia henkilöitä (N=12) ja asiantuntijoita (N=14) kahdesta eri ympärivuorokautista tukea ja hoivaa antavasta toimintayksiköstä. Tutkimusaineisto kerättiin sekä kehitysvammaisilta henkilöiltä itseltään että heitä hoitavilta asiantuntijoilta tiedonkeruumenetelminä käytettiin yksilö- ja ryhmähaastattelua, joita toteutettiin kolme. Fokusryhmähaastattelua käytettiin asiantuntijoiden tiedonkeruussa. Kerätty aineisto analysoitiin laadullisen sisällön erittelyllä ja soveltamalla Glaserin (1976) esittämää Kuuden C:n mallia. Tavoitteena oli saada muodostettua

kuva kehitysvammaisen henkilön kokonaistilanteesta ja arjessa selviytymisestä. Aineiston perusteella muodostettiin kokonaisrakenne ja teemat interaktiivisen HyvinvointiTV:n kehittämiseksi vastaamaan kehitysvammaisen henkilön odotuksia ja tarpeita.

Tuloksena aineiston ensimmäisestä vaiheesta muodostettiin kuva kehitysvammaisen henkilön arjesta ja rakenne arkea tukeviksi ohjelmateemoiksi. Kehitysvammaisen henkilön haasteet ja vaikeudet liittyvät useimmiten yksinäisyyteen, passiivisuuteen, aloitekyvyttömyyteen, riippuvuuteen sekä vahvaan kiinnittymiseen arjen rutiineihin ja totuttuihin tapoihin. Turhautuminen, viestimisen epäselyys ja arvaamattomuus saattavat heijastua joillakin osallistujilla vihasena käyttäytymisenä. Toisaalta myönteisyys, iloisuus ja rohkeus ottaa kontakti toiseen henkilöön edistää innostuneisuutta ja aktiivisuutta.

Aineiston perusteella interaktiivisen ohjelma- ja palvelutuotannon rakenteeksi ja sisältöaihioiksi muodostuivat seuraavat teemat (kuvio 11):



Kuvio 11. Kehitysvammaisten ohjelmateemat

Kehitysvammaiset osallistuivat HyvinvointiTV:n kautta tuotettuihin ohjelmiin joko ryhmänä tai omalta kotipääätteeltä osallistuen. Laureasta tuotettiin asiakkaan hyvinvointia ja arkea tukevia vuorovaikutteisia ohjelmia kaksi kertaa viikossa, maanantaisin ja torstaisin klo 16-16.30. Ohjelmia tuottivat Laurea-

ammattikorkeakoulun eri koulutusalojen opiskelijat sekä asiantuntijat. Asiak-

Teema	Esimerkki sisällöstä	Ohjelmien määrä yhteensä
Aktivoituminen	"Tasapaino ja kehonhallinta harjoituksia"	80
Itsensä toteuttaminen	"Tarinatuokio"	11
Arjessa selviytyminen	"Minä ja elämäni"	4
Päivittäiset toiminnot	"Puhtaus on puoliruokaa"	3
Oma hyvinvointi	"Suuret tunteet"	4
Yhdessä olo ja virkistytminen	"Musiikkivisa"	43
Ravintotietous	"Mitä syöt ja milloin"	7
		Yhteensä: 152

kaiden voimaantumista tuettiin myös mahdollistamalla asiakkaille itselleen mahdollisuus osallistua ohjelmatuotantoon.

Taulukko 5. HyvinvointiTV:n ohjelmatuotanto

Ajalla 7.9.2009-30.5.2011 tuotettiin 152 erillistä HyvinvointiTV-ohjelmaa. Aktivitoituminen-teeman alla on tuotettu määrällisesti eniten ohjelmia. Liikunta-ohjelmia on ollut hankkeen aikana 80 kertaa. Toiseksi eniten on tuotettu ohjelmia (43 lähetystä), jotka ovat liittyneet yhdessäolon ja virkistytymisen teeman alle. Kokonaisosallistujamäärä ohjelmissa on ollut 1108. Keskimääräinen osallistujamäärä ohjelmaa kohti on ollut 7.2 asiakasta.

HyvinvointiTV:n ohjelmiin osallistuminen muodostui nopeasti osallistujille tärkeäksi yhteiseksi harrastukseksi, johon osallistuttiin aina, kun asiakkaan oma elämäntilanne sen salli. Osa asukkaista oppi nopeasti käyttämään itsenäisesti HyvinvointiTV-laitteita ja osa asukkaista tarvitsi laitteen käyttöön henkilökunnan apua. Kaikki asiakkaat pyrittiin huomioimaan ohjelmissa tasapuolisesti. Oman haasteensa vuorovaikutukseen toivat puhevammaiset asiakkaat, joiden kanssa kommunikoidessa tarvittiin muiden ryhmässä olevien osallistujien tukea. Asiakkaan itsetunnon kannalta on tärkeää, että asiakas tulee kuulluksi ja ymmärretyksi siinä määrin kuin se milloinkin on mahdollista. Aivojen stimulointia ja aktivointia voidaan tukea HyvinvointiTV:n interaktiivisten ohjelmien kautta. Ohjelmateemat, jotka pohjautuvat dialogiin ja keskusteluun, edistävät ikääntyneen kommunikointikykyä ja vuorovaikutusta. Muistelu, sanomaleh-

tikatsaus, visailu ja sananlaskut ovat hyviä esimerkkejä vuorovaikutusta ja kommunikointia tukevista ohjelmista. (MacKenzie 2000.)

Toteutetut ePalvelut

Hankkeelle asetettujen tavoitteiden mukaisesti myös kehitysvammaisille asiakkaille toteutettiin ja pilotoitiin erilaisten ePalvelujen toimivuutta. Hankkeen yhteistyökumppani FysioSporttis Oy toteutti kolmelle asiakkaalle henkilökohtaisia virtuaalisia konsultaatiotapaamisia HyvinvointiTV:n välityksellä 14 kertaa. Tapaamisissa fysioterapeutti kävi läpi asiakkaan mennyttä ja nykyistä terveyshistoriaa ja antoi apua, tukea ja ohjausta tarvittaviin asioihin. Jokaiselle asiakkaalle tehtiin henkilökohtaiset kirjalliset ja kuvalliset jumppaohjeet, joiden avulla asiakas pystyi tekemään sovittuja harjoitteita ja pitämään näin huolta omasta hyvinvoinnistaan. Myös seksuaaliterapeutin konsultaatiota pilotoitiin kolmella asiakkaalla kuusi kertaa.

Hankkeessa on toteutettu ja pilotoitu asiakkaan ja projektityöntekijän välisiä eKeskustelutuokioita (n=139), jotka saivat alkunsa asiakailta itseltään lähtevästä toiveesta. Toiveeseen vastattiin ja lähes viikoittain toteutetut eKeskustelut kolmen asiakkaan kanssa jatkuivat kevääseen 2011 saakka. Keskustelutuokiot nousivat nopeasti sekä asiakkaalle että projektityöntekijälle merkittäväksi tapaamiseksi, jossa vaihdettiin ajatuksia ajankohtaisista asioista, muisteltiin menneitä ja pohdittiin tulevaisuutta.

Case: Hyvinvointiteknologia itsenäisen asumisen mahdollistajana

Turvallinen Koti -hanke toteutti yhdessä kehitysvammaisten asumista ja työtoimintaa järjestävän Lyhty ry:n kanssa pilotin, jossa testattiin, kuinka hyvinvointiteknologian avulla voidaan edesauttaa kehitysvammaisen henkilön itsenäistä asumista.

Lyhty valitsi pilottiasiakkaaksi naishenkilön, jonka asumiseen liittyviä asioita oli pohdittu jo pitkään yksikön sisällä. Naisen ajoittainen impulsiivinen ja aggressiivinen käyttäytyminen tuotti haastetta henkilökunnalle ja aiheutti pelokkuutta muissa samassa yksikössä asuvissa henkilöissä. Mm. näistä asioista johtuen henkilökunta lähti miettimään asiakkaalle oman asunnon etsimistä läheltä Lyhty taloa. Samoihin aikoihin Lyhty ry lähetti mukaan Turvallinen Koti -hankkeeseen ja näki, että hankkeen tuoman teknologian ja henkilöstön tuen avulla naisen itsenäinen asuminen voisi mahdollistua.

Pitkällisen etsimisen jälkeen asiakkaalle löytyi asunto läheltä Lyhty - taloa. Itsenäistä asumista tukemaan otettiin asiakkaalle käyttöön HyvinvointiTV:n kosketusnäyttö ja Ve-

ga -turvaranneke. Ennen muuttoa omaan asuntoon nainen harjoitteli HTV:n kosketusnäyttölaitteen käyttöä henkilökunnan kanssa. Vaikka HTV:n käyttöjärjestelmä on suunniteltu alkujaankin mahdollisimman helppokäyttöiseksi, ilmeni käytössä monia haasteita. Asiakkaan heikkojen kognitiivisten taitojen takia mm. HTV:n käyttöjärjestelmässä käytettävät kosketuspainikkeet suunniteltiin kuvallisiksi. Tämä muutos ja tiivis harjoittelu yhdessä henkilökunnan kanssa auttoivat asiakasta hahmottamaan oikeat painikkeet ja päivittäiset soitot asiakkaan ja Lyhdyn henkilöstön välillä alkoivat sujua. Kuvapuhelinyhteyden avulla henkilökunta piti yhteyttä asiakkaaseen aamuin illoin.

Turvaa asumiseen toi myös Everonin Vega -turvaranneke, jonka hälytyspainiketta painamalla asiakas sai tarvittaessa nopeasti puheyhteyden Lyhdyn hoitajiin. Puheyhteyden aikana henkilökunta teki tilannearvion mahdollisista jatkotoimenpiteistä. Turvarannekkeessa olevan GPS - paikantimen avulla oli myös mahdollista paikantaa asiakas eksymis- tai katoamistilanteessa.

Erityisenä etuna Turvallinen Koti -hanke näki Lyhdyn asiakkaan kanssa toteutetussa laitetestauksessa sen, että teknologian soveltuvuutta testattiin aidolla asiakkaalla, aidolla käyttötarpeella ja aidossa käyttöympäristössä. Asiakkaan itsenäistä asumista tukevan teknologian käytöstä saadut käyttäjäkokemukset ovat olleet tärkeä osa Turvallinen Koti -hankkeen kehittämistyötä samalla, kun teknologia on mahdollistanut asiakkaan itsenäisen asumisen omissa asunnossa laitosasumisen sijaan.

Tästä casetapauksesta on tuotettu hankkeessa käyttäjälähtöinen DVD, jossa kuvataan, kuinka Hyvinvointiteknologian käyttö on mahdollistanut asiakkaan itsenäisen asumisen.

Kehitysvammaisten henkilöiden ja asiantuntijoiden kokemukset HyvinvointiTV:n merkityksestä on analysoitu seuraavaan kuvioon. (Kuvio 12)



Kuvio 12 HyvinvointiTV:n merkitys kehitysvammaisille

Arviointitilaineiston perusteella edistäviä tekijöitä HyvinvointiTV:n soveltuvuudesta kehitysvammaisten henkilöiden terveyden edistämiseen ja arjessa selviytymisen tukemiseen ovat aktiivinen osallistuminen, HyvinvointiTV:n laitteiston käytön oppiminen, omaehtoinen ohjelmasisältö ja asiantuntijan tuki. Estäviä tekijöitä ovat HyvinvointiTV:n sijoituspaikka fyysisessä tilassa, äänihäiriöt ohjelman aikana, etämittareiden vaikeakäyttöisyys, asiantuntijan tuen vaihtelevuus ja ohjelman aikana puheenvuoron saaminen. HyvinvointiTV:n sisältöinä musiikki-, liikunta- ja visailuohjelmat olivat soveltuvia ja suosittuja. eKeskustelun jatkuvuus ja sisällön henkilökohtaisuus muodostui ePalveluna tärkeäksi kehitysvammaiselle henkilölle. HyvinvointiTV:n arviointi ja merkityksellisyys liittyi aktivoitumiseen, seurallisuuden ja omaan ryhmään kuulumisen vahvistumisena. Merkitystä oli myös uusien kontaktien syntymisellä HyvinvointiTV:n kautta. Keskittymiskyvyn ja täsmällisyyden edistävä merkitys oli myös oleellinen palaute.

4.5 HyvinvointiTV mielenterveyskuntoutujien ryhmätoiminnan tukena

Annika Isaksson, Paula Lehto & Johanna Leskelä

Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on edistää kuntoutujan mahdollisimman itsenäistä selviytymistä toteuttamisessa sekä yhteiskunnan toimintaan osallistumisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Erityisesti pitkään jatkunut psyykinen sairaus heikentää itsenäiseen asumiseen tarvittavia taitoja. Aloitekyky ja kiinnostus omaa elämää kohtaan vähenevät samalla, kun kyky pitkäjänteiseen toimintaan heikkenee. Ulkopuolisen avun tarve ja riippuvuus muista lisääntyy. Asumiseen liittyvät ongelmat voivat olla esimerkiksi kyvyttömyyttä selviytyä itsenäisesti kodinhoidosta, pelkoa yksin asumisesta tai muuta valvonnan tarvetta. (Mielenterveyden keskusliitto ry 2011.)

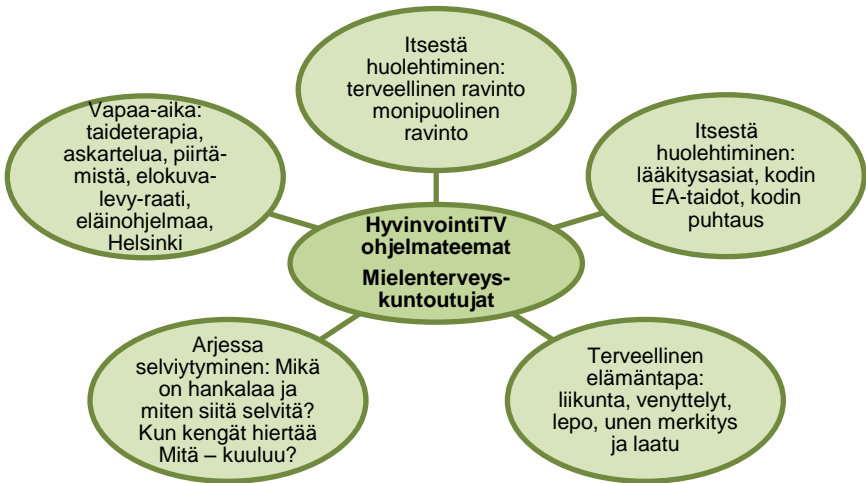
Mielenterveysongelmat ja niiden hoito on muuttunut huomattavasti viime vuosikymmenten aikana. Uusi tieto muuttaa myös kuntoutukselle asetettuja haasteita. Kuntoutuksen keskeinen näkökulma on yksilön oikeus mahdollisimman hyvään elämään. Peruskysymyksenä on eettisesti korkeatasoisten, yksilön hyvinvointiin tähtäävien ja yhteiskunnallisia hyötynäkökulmia toteuttavien kuntoutuspalvelujen turvaaminen. (Koskisu 2004.)

Kuntoutuminen vaatii tilaa, aikaa ja tukea, jotta kuntoutuja voi rauhassa käsitellä saamaansa tietoa ja etsiä keinoja oman elämäntilanteensa selkiyttämiseen. Kuntoutujien kokemushistorian arvostaminen, keskinäinen tuki sekä tasa-arvoinen vuorovaikutus ovat keskeisiä tavoitteita kuntoutumisessa. (Mielenterveyden keskusliitto ry 2011, Koskisu 2004.) Mielenterveyskuntoutujille vertaistuki merkitsee järjestelmällistä tukitoimintaa kahden ihmisen välillä tai ryhmässä. Vertaistukeen osallistuvat ovat tasavertaisia keskenään ja toimivat yleensä sekä tukijoina että tuettavina. Vertaistuki perustuu samankaltaisten elämäkokemusten ja elämänvaiheiden läpikäyneiden ihmisten keskinäiseen tasa-arvoisuuteen, kuulluksi ja ymmärretyksi tulemiseen sekä kohtaamiseen ja keskinäiseen tukeen.

Viime vuosina yhteiskunnallisella tasolla on ollut tavoitteena, että ihmiset asuisivat mahdollisimman pitkään kotonaan. Kotona asumista ja arjesta selviytymistä on tuettu erilaisin keinoin, kuten kehittämällä itsenäisyyttä ja osallistumista lisääviä teknisiä välineitä. Suhonen & Siikasen (2007) mukaan hyvinvointiteknologialla viitataan johonkin positiiviseen, jolla edistetään hyvinvointia. Teknologialla ei kuitenkaan ole sosiaali- ja terveysalalla välttämättä pelkästään positiivisia mielikuvia vaan se saattaa viitata teknisten laitteiden maailmaan, jossa hoitaminen ja inhimillinen vuorovaikutus vähenevät teknistymisen myötä. (Suhonen & Siikasen 2007.)

Mielenterveyskuntoutujista hankkeessa oli mukana ryhmätoimintaan osallistuvia asiakkaita (N=4). HyvinvointiTV:n tarkoituksena oli antaa ohjausta ja vinkkejä arjen hallintaan sekä mieltä piristäviä virikkeitä kuntoutumisen tueksi. Toiminnalla tuettiin ja täydennettiin mielenterveyskuntoutujien monimuotoista palvelukokonaisuutta. Hankkeeseen osallistuneet mielenterveyskuntoutijat asuivat tuetusti omissa kodeissaan, ja osallistuivat ryhmätoimintaan, minkä tarkoituksena on tukea ja seurata arjessa selviytymistä, kannustaa omatoimisuuteen sekä tarjota mahdollisuuksia sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja vertaistukeen. HyvinvointiTV-lähetyksiin mielenterveyskuntoutijat osallistuivat ryhmämuotoisesti kahdesti kuukaudessa. Jo pilottia aloitettaessa ryhmä oli kooltaan pieni. Matkan varrella ryhmässä tapahtui myös henkilövaihdoksia. Ryhmä toivoi HyvinvointiTV:n lähetyksiin toista mielenterveyskuntoutujien ryhmää monipuolisemman vuorovaikutuksen ja vertaistuen luomiseksi. Vuoden 2011 alussa saatiin mukaan toinen mielenterveyskuntoutujien ryhmä, jotka osallistuivat HyvinvointiTV:n lähetyksiin kerran kuukaudessa. Yhteisen lähetyksajan löytäminen ryhmille ei kuitenkaan onnistunut, koska ryhmät kokoontuivat eri päivinä.

Haastattelujen perusteella ohjelmateemoiksi nousivat vapaa-aika, itsestä huolehtiminen, arjessa selviytyminen ja terveelliset elämäntavat. (Kuvio 13).



Kuvio 13 HyvinvointiTV:n teemat mielenterveyskuntoutujille

Teemoissa lähetettyjä osallistavia ohjelmia olivat mm. ravinto, liikunta sekä itsetunto. Mielenterveyskuntoutujille lähetettiin yhteensä 31 ohjelmaa hankkeen aikana. (Taulukko 7)

Taulukko 7 Mielenterveyskuntoutujien ohjelmat

Teema	Esimerkki sisällöstä	Ohjelmien määrä yhteensä
Vapaa-aika	”Levyraati”	8
Itsestä huolehtiminen	”Terveellinen ravinto ja liikunta” ”Kodin EA-taidot”	5
Arjessa selviytyminen	”Rahan käyttö” ”Hyvä itsetunto”	5
Terveellinen elämäntapa	”Unen merkitys ja laatu”	13
		Yhteensä: 31

Case: Mielenterveyskuntoutuja

Nuorille mielenterveyskuntoutujille tuotettiin ryhmämuotoisesti sekä opiskelijoiden että asiantuntijoiden pitämiä vuorovaikutteisia ohjelmia. Esimerkkeinä mm. hyvä itsetunto ja terveelliset elämäntavat. Hyvästä itsetunnosta toteutettiin kaksi sairaanhoitaja-opiskelijan pitämää lähetystä. Lähetyksissä vuorovaikutus oli miellyttävää, sillä ohjelmanpitäjä osasi hienosti ottaa huomioon sensitiivisen kohderyhmän tarpeet ja oli tilanteessa hyvin läsnä. Lähetyksessä osallistujat rohkaistuivat keskustelemaan mm. koulu-kiusaamisesta, josta kaikilla osallistujilla oli kokemusta. Keskustelua jatkettiin pitkään lähetysten jälkeenkin sekä HyvinvointiTV:ssä että omien ohjaajien kanssa.

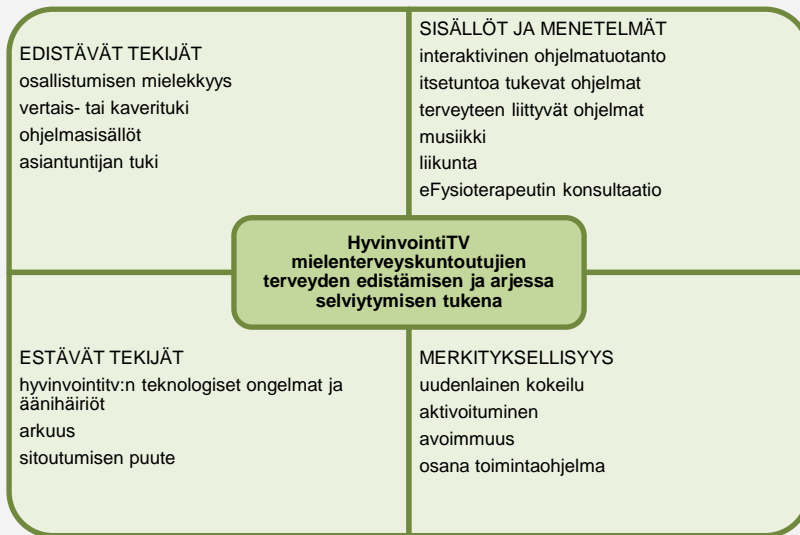
Terveystietäjäopiskelijat toteuttivat ”Terveen elämän reseptejä mielenterveyskuntoutujille” -ohjelmasarjan, jonka tarkoituksena oli parantaa mielenterveyskuntoutujien tietoja ravitsemuksesta ja sitä kautta auttaa heitä valitsemaan terveellisempiä vaihtoehtoja ruokavalioonsa jokapäiväisessä elämässään. Lähetyksissä osallistujat keskustelivat muun muassa ruokailutottumuksistaan suhteessa painonhallintaan. Ohjelmissa käytiin läpi terveellisiä ruokavaihtoehtoja ja osallistujille lähetettiin myös reseptejä keiteltäväksi.

Mielenterveyskuntoutujille pilotoitiin kevään 2011 aikana ryhmämuotoista eFysioterapiaa pitämää keskusteluohjelmaa. Fysioterapeutti oli kouluttautumassa psykoterapeutiksi ja ohjelmien teemaksi nousi sen ohjaamana liikunnan merkitys hyvinvointiin. Lähetyksissä osallistujat keskustelivat ohjaajan kanssa liikuntaan, ruokavalioon ja hyvinvointiin liittyvistä kysymyksistä. Lähetysten rauhallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri rohkaisi osallistujia kertomaan avoimesti liikuntaan liittyvistä kokemuksistaan ja tunteuksistaan. Tutun ja saman pysyneen ohjaajan kanssa asioiden esiintuominen ei asettanut kynnyksiä arkaluotoisillekaan keskusteluille. Toisaalta jotkut kuntoutujista tarvitsivat kannustusta rohkaistuakseen etenemään mieltä askarruttavan asian kanssa.

Eräessä ohjelmassa käsiteltiin harrastuksia ja liikunnan merkitystä kuntoutujien elämässä. Ohjelmassa kannustettiin asiakasta selvittämään omatoimisesti vanhan harrastuksensa jatkamista. Sen innoittamana yksi kuntoutuja löysi internet-foorumista harrastelijajoukkueen, jossa voisi jatkaa aiempaa jalkapalloharrastustaan. HyvinvointiTV:n kautta tuotettu ohjelma ja keskustelu rohkaisi ja tuki kuntoutujan omaa motivaatiota etsiä tietoa joukkueista ja aloittaa uudelleen vanha harrastus. Eräs kuntoutuja sai myös ohjeita ja kannustusta kuntosalilla käymiseen. Näitä osallistavia ohjelmia ja keskusteluita ja mielenterveyskuntoutujat pitivät yhtenä tärkeimpinä HyvinvointiTV:n antaina.

Seuraavaan kuvioon on koottu yhteen arviointia HyvinvointiTV:n toteutuksesta arviointivaiheen tiedonkeruun perusteella. Mielenterveyskuntoutujien osallistumista HyvinvointiTV:n ohjelmatuotantoon tarkastellaan edistävien tekijöiden, estävien tekijöiden,

HyvinvointiTV:n sisältöjen ja menetelmien sekä merkityksellisyyden näkökulmista. (Kuvio 14).



Kuvio 14 Mielenterveyskuntoutujien käsitteellinen malli

Edistävinä tekijöinä olivat HyvinvointiTV:n mielenterveyskuntoutujien terveyden edistämässä ja arjessa selviytymisessä osallistumisen mielekkyys, vertais- tai kaverituki, ohjelmasisällöt ja asiantuntijan tuki. Ohjelmasisältöjen kiinnostavuus edisti mielenterveyskuntoutujien pienen ryhmän innostuneisuutta ja osallistumista erityisesti. Estävinä tekijöinä oli HyvinvointiTV:n teknologiset häiriöt. Ongelmat HyvinvointiTV:n tekniikassa korostuivat estävänä tekijänä, koska mielenterveyskuntoutujien ryhmä osallistui vain joka kolmas viikko ohjelmiin. Asiakasryhmän haavoittuvuus ja elämän kokonaistilanteen vaihtelevuus heijastui arkuutena ja sitoutumisen puutteena. Sisällöllisesti interaktiiviset ohjelmat käsittelivät parhaimmillaan itsetunnon tukemista, terveyteen liittyviä aiheita, musiikkia ja liikuntaa. HyvinvointiTV:n merkityksellisyys nousi osallistujien kiinnostuksesta uudenaikaiseen kokeiluun, aktivoitumiseen, avoimuuteen. Toiminnalliset ohjelmat, jolloin asiakas itse on mukana ja osallisena, antoivat merkityksen HyvinvointiTV:hen osallistumiselle.

4.6 Interaktiivinen HyvinvointiTV nuoren tukena

Paula Lehto, Johanna Leskelä & Riitta Matero

Nuorten osallisuuden edistäminen on yksi merkittävä nuorisopolitiikan avaus. Osallisuudella pyritään syrjäytymisen ehkäisemiseen, jolloin tarkoituksena on edistää yhteistoimintaa, socialisaatiota ja yhteiskunnallista integraatiota. Monet indikaattorit osoittavat sen, että lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvointi on vaikeutunut edellisen 1990-luvun laman jälkeen. Päihdeongelmat, käyttäytymishäiriöt ja mielenterveysongelmat ovat kasvaneet, jolloin myös hyvinvointipalvelujen tarve on lisääntynyt ja saatavuus jopa vaikeutunut. (Hämäläinen 2008.) Terveiden ja hyvinvointilaitoksen keräämien tilastotietojen mukaan vuonna 2009 Espoossa oli lastensuojelupalvelujen tuen piirissä 709 nuorta perheineen. Tästä luvusta 0-17-vuotiaita oli 616 ja 18-21-vuotiaita jälkihuollon asiakkaita 93. (Kuoppala & Säkkinen 2010.)

Parhaimmillaan nuorten osallisuuden edistäminen on ennaltaehkäisevää toimintaa ja tulevaisuuteen suuntautunutta lähestymistä. Osallisuuden tavoittelavuus tarkoittaa myönteistä asiantilaa. Erityisesti kuuluminen johonkin ryhmään edistää myös nuorten hyvinvointia, elämisen laatua ja elämänhallintaa. Osallisuudessa erotetaan yleensä toiminnallinen ja kokemuksellinen taso. Toiminnallisuus tarkoittaa nuoren yhteiskunnallista osallistumista, johon nuori vähitellen kasvaa. Kokemuksellisella tasolla viitataan nuoren yhteiskunnalliseen identiteettiin. Nuoren osallisuutta voidaan jäsentää Hämäläisen (2007) mukaan hyvinvointiosallisuuden käsitteen ulottuvuuksien kautta. Ulottuvuudet ovat taloudellinen, sosiaalinen ja sivistyksellinen. Nuoren elämänkaaressa sosiaalinen ulottuvuus rakentuu koulutuksen, työhön sijoittumisen ja kulttuurin avulla.

Turvallinen Koti -hankkeessa yhtenä asiakasryhmänä olivat lastensuojeluasiakkuuden omaavat nuoret (N=28). Nuorista kuusi kuului ns. jälkihuollon tuen piiriin ja 17 nuorta perhetukiyksiköstä tai yksilönä kotiympäristössä. Nuoret olivat keski- iältään perhetukikeskuksessa 15.6-vuotiaita ja jälkihuollon piirissä 18.4-vuotiaita. Lähes kaikilla oli koulunkäynti, joko peruskoulu tai ammatilliset opinnot, kesken tai meneillään.

Tutkimuksen osallistujina oli myös sosiaalialan asiantuntijoita (N=27). Asiantuntijat edustivat sosiaalitoimen työntekijöitä joko sosiaalipalveluista tai yksiköistä, joissa nuoret olivat asiakkaina. Asiantuntijat olivat iältään 43.8 vuotta. Heistä yli puolet oli suorittanut ylemmän korkeakoulututkinnon (virkanimikkeeltään sosiaalityöntekijä) ja loput joko alemman korkeakoulututkinnon (esim.

sosiaaliohjaaja) tai sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon (ohjaaja). Yli puolella oli työkokemusta yli 10 vuotta.

Tutkimusaineisto kerättiin nuorilta yksilohaastatteluina sekä hankkeen alussa että asiakkuuden lopussa. Asiantuntijoiden tiedonkeruu tapahtui pääsääntöisesti fokusryhmähaastatteluina, joita toteutettiin kolmessa eri vaiheessa. Tutkimusaineistosta saadun tiedon mukaan tutkimusryhmään osallistuvien nuorten vaikeudet liittyivät usein suhteissa vanhempiin ja perheeseen, koulunkäyntiin, arjen sekavaan ja epäsäännölliseen rytmiin tai psyykkisiin ongelmiin. Osalla päihteet, yksinäisyys tai jopa haluttomuus elämään ilmensi nuoren tilannetta.

HyvinvointiTV-ohjelmatuotantoa toteutettiin Laureasta käsin yksi kertaa viikossa klo 17 - 17.30. pääsääntöisesti lastensuojelun syventäviä opintoja suorittavien sosionomiopiskelijoiden ja asiantuntijoiden voimin. Osa nuorista järjesti myös itse ohjelmaa. Yhdistetyn aineiston perusteella nuorten interaktiivisen ohjelmatuotannon teemoiksi muodostuivat seuraavat aihekokonaisuudet.



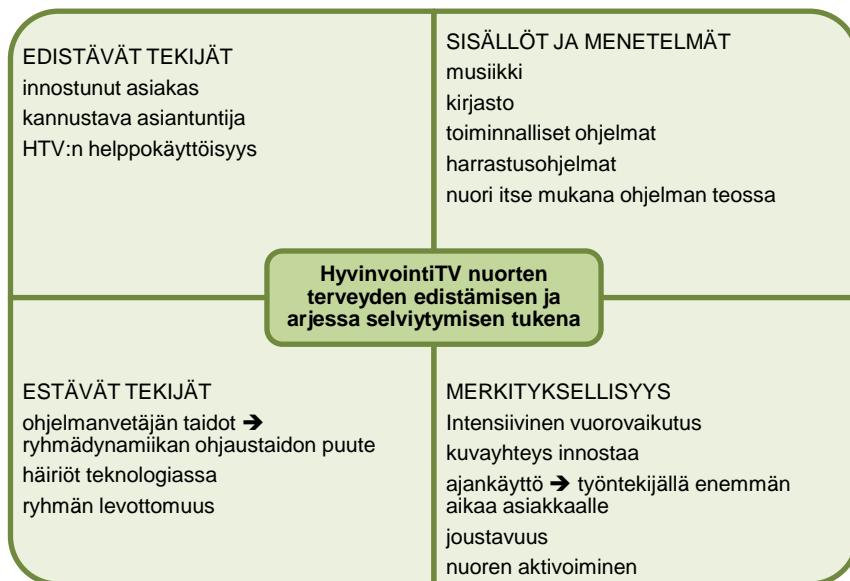
Kuvio 15. Nuorten ohjelmateemat

Taulukko 7. Nuorten ohjelmatuotanto syksy 2009 - kevät 2011

Teema	Esimerkki sisällöstä	Ohjelmien määrä yhteensä
Nuoren minän tukeminen	"Kaverit painostaa - mitä mä teen?"	22
Opiskelun ja koulunkäynnin tukeminen	"Mikä musta tulee isona?"	4
Harrastustoiminnan tukeminen	"All about music - musiikki harrastuksena"	28
Sosiaalisten suhteiden tukeminen	"Ystävyys"	10
Terveysten ja hyvinvoinnin tukeminen	"Terveys, elämäntapa ja päihitteet"	15
		Yhteensä: 79

Ohjelmateemoista erityisesti toiminnalliset ja nuorten itsensä tuottamat kokonaisuudet ovat olleet antoisia ja mielenkiintoisia. Sensitiiviset aiheet ovat olleet haasteellisia sekä nuorille että ohjelmapitäjille. Ohjelmat ja niiden sisällöt ovat olleet toimijoiden tiedossa etukäteen, jolloin tulevaisuudessa arkaluonteinen aihesisältö edellyttää aktiivista roolia ja tilanneherkkyyttä työntekijöiden taholta. Asiantuntijoiden arvioinnin mukaan on oleellista se, että keskustelu aiheesta jatkuisi nuorten kanssa ohjelmälähtöisen jälkeen. Myös yksilötapaamisissa omanhoitajan kanssa tulisi nuorta askarruttavaa aihetta jatkaa. Nuorten näkökulmasta yhteistoiminta nuoren ja asiantuntijan, esimerkiksi omanhoitajan välillä ohjelmatuotannon toteuttamiseksi on merkityksellistä.

Seuraavaan kuvioon on koottu yhteen arviointia ohjelmateemojen toteutumisesta sekä sisältöjen että tekniikan näkökulmasta. Nuorten osallistumista HyvinvointiTV:n ohjelmatuotantoon arvioitiin edistävien tekijöiden, estävien tekijöiden, HyvinvointiTV:n sisältöjen ja menetelmien sekä merkityksellisuuden näkökulmista. (Kuvio 16)



Kuvio 16. Käsitteellinen malli: HyvinvointiTV:n merkitys nuorille

Edistävinä tekijöinä oli innostunut nuori asiakkaana tai asiantuntija. Kannustava ohjaaja tai omahoitaja oli tärkeässä roolissa kannustaen nuorta osallistumaan ohjelmatuotantoon. Mielenkiintoista oli se, että nuoret arvioivat teknikan ja mm. kameran käytön helppouden ja mahdollisuuden edistävänä tekijänä. Toisaalta estävänä tekijänä oli ohjelman vastuuhenkilön vähäiset tai jopa puutteelliset ryhmädynamiikan tai ryhmäohjauksen taidot. Nuorten ryhmän levottomuus ilmeni myös estävänä tekijänä. Erityisesti tämä tuli esille, kun kaksi ryhmää eri yksiköistä oli mukana osallistumassa. Häiriöt teknologiassa olivat myös haittaavana tekijänä ajoittain. Interaktiivisten ohjelmien siällöistä ja menetelmistä mainittiin musiikkiin, kirjastoon ja harrastusohjelmiin liittyvät ohjelmat. Toiminnalliset ja nuorten itsensä tuottamat ohjelmat olivat erityisen mielenkiintoisia. HyvinvointiTV:n merkityksellisyys sisälsi vuorovaikutuksen intensiivisyyden ja tiiviyden, kuvayhteyden innostavuuden ja nuorten aktivoitumisen. Työntekijöiden näkökulmasta HyvinvointiTV:n merkitys kohdistui ajankäyttöön ja mahdollisuuteen olla enemmän mukana nuoren kanssa, jolla oli erityistarpeita. Joustavuus nousi myös merkitykselliseksi asiaksi. Palautetta interaktiiviseen ohjelmatuotantoon osallistumisesta ja vaikuttavuudesta nuoren arkeen ja elämään on vaikea arvioida. Eräs aktiivinen ja innostunut asiantuntija kertoi HyvinvointiTV:n vaikuttavuudesta seuraavaa:

” Pieniä asioita evääksi nuoren elämään ”

Nuoren näkökulmasta ja palautteesta väliarvioinnin aineistosta seuraava lainaus:

” Järkkääkös noi ohjelmia ihan meitä varten...”.

5 HANKKEEN ARVIOINTI JA VAIKUTTAVUUS

Paula Lehto, Johanna Leskelä

5.1 HyvinvointiTV:n arviointi käyttäjien näkökulmasta

Turvallinen koti -hankkeen arviointitutkimus tarkoitti prosessien ja niiden vaikuttavuuden tarkastelua sekä toimijoiden palautteen näkökulmaa. Arviointitieto kerättiin ja se kohdistui asiakkaan kokemaan hyvinvoinnin arviointiin, taloudellisuuden, teknologian, osamisen ja ympäristön arviointiin. Hyvinvointia tarkasteltiin asiakasnäkökulmasta, jolloin asiakkaan kokemus osallistumisesta HyvinvointiTV:n ohjelmiin ja ePalveluihin sekä sen vaikuttavuudesta asiakkaan omaan arkeen ja elämään oli tarkastelun kohteena. Myös asiantuntijan käsitystä asiakkaan hyvinvoinnista tutkittiin palautetiedon perusteella. Taloudellinen näkökulma tässä tutkimuksessa tarkoitti valittujen eHyvinvointipalvelujen mallintamista ja prosessikuvauksia, jolloin myös selvitettiin kustannukset olemassa olevasta toiminnan käytännöstä ja uudesta käytänteestä.

Ympäristö- ja teknologianäkökulman tarkastelussa korostettiin teknologioiden integroitavuutta ja soveltuvuutta. Ikääntyneet ja toiminnallisesti rajoittuneet henkilöt käyttäjäryhmänä asettavat erityisvaatimuksia laitteen käytettävyydelle ja esteettömyydelle (Topo 2008). Vaatimukset kohdistuivat myös Turvallinen Koti -hankkeessa pilotoituihin käyttöliittymiin, kuten HyvinvointiTV:een ja etähuolenpitojärjestelmään. Tässä hankkeessa ja palvelukonseptissa käyttäjien korkea tyytyväisyysaste käytössä nousi päätavoitteeksi, jolloin tyytyväisyys laitteen käyttöön sekä laitteen avulla toteutetun palvelun vuorovaikutusmahdollisuudet olivat merkitykselliset. Hyvän käytettävyyden muodostavat käyttötilanteen opittavuus, virheettömyys, muistettavuus, tehokkuus ja miellyttävyys. (Sinkkonen, Kuoppala, Parkkinen & Vastamäki 2002.) Käytännössä tämä tarkoittaa mm. seuraavia asioita: miten nopeasti laitteen käyttäjä oppii laitteen käyttämisen ja kokee omaksuneensa laitteen toimintalogiikan. Laitteen toimintalogiikan on oltava yksinkertainen ja virheitä salliva. (Saalasto 2009.)

Esteettömyys (saavutettavuus, accessibility) tuo haasteita käyttöliittymän toteuttamiseen käyttöä ohjaavan laitteen konkreettiseen ulkoasuun ja toimintaan (tuotesuunnittelu), jotta heikkonäköiset, eriasteisesti liikuntarajoitteiset henkilöt sekä kognitiivisista ongelmista (kuten muistihäiriöistä) kärsivät pysty-

vät laitetta käyttämään. (Nielsen 2000.) Toteutuksessa käytetyn laitteen ja ohjelmiston saatavuus (availability) kertoo käyttövarmuuden (virheet eivät estä toimintaa) ja sen, onko palvelu aina käytettävissä. Saatavuus on läheinen luotettavuuden kanssa, mikä ilmentää laitteen kykyä suoriutua virheittä vaadituista toiminnoista. Luotettavuudella tarkoitetaan myös toimintaidean toteutuksen kuranttia käyttöä ajan suhteen, jottei toteutus vanhenisi heti. Tekni-
sessä toteutuksessa käytetyn laitteen ja ohjelmiston käyttö toisella tasolla esimerkiksi ikääntyneiden ja heidän lähiomaisten tai nuorten kesken tapahtuvassa yhteydenpidossa, vaatii ohjelmiston toteutuksessa yhteensopivuutta yleisesti käytössä olevien mikrotietokoneiden ja Internet-teknologioiden kanssa. (Saalasto 2009.)

Turvallinen koti -hankkeen arviointitutkimuksessa teknologian toimivuutta tutkittiin mm. käytettävyyden näkökulmasta. Etähuolenpitojärjestelmä esitellään yhtenä tapaustutkimuksena. Asiakasryhmän lisäksi tärkeää oli se, että laitetta testattiin myös sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoilla, jotka aktiivisesti osallistuivat ePalvelujen tuotantoon ja laitteen käyttöön säännöllisesti.

Osaamisen ja asiantuntijan näkökulman tarkastelussa hankkeessa keskityttiin osaamisen saavuttamiseen ja päivitykseen hankkeen aikana. Tämänkaltaisella optimaalisella yhdistämisellä tarkoitetaan kykyä toistuvasti havaita uutta, analysoida, tulkita ja esittää uusia toimintavaihtoehtoja muuttuvassa ympäristössä. Kyse on asiantuntijan tehtävätietämyksestä, ongelmanratkaisutaidoista, verkostoitumisesta, tilanneherkkyydestä, joustavuudesta ja valmiudesta sopeutua uudensuunnaan ympäristöihin (esim. Eteläpelto & Tynjälä 2005; Kirjonen, Remes & Eteläpelto 1997).

Sosiaali- ja terveysaloilla on paljon hiljaista asiantuntijatietoutta, jonka näkyväksi tekeminen on tärkeää. Turvallinen Koti -hankkeessa asiantuntijoiden näkökulma otettiin huomioon hankeprosessin eri vaiheissa, esimerkiksi ePalvelujen sisältöjen suunnittelussa ja toteutuksessa. Asiantuntijoiden rooli ja palaute on ollut tärkeä, kun tehdään tulkintoja ja korjauksia toimintatutkimuksen kautta saadusta aineistosta. Näin saatiin esiin asiantuntijoiden ääni ja näkemys sekä tietojen paikallinen tulkinta. Analysoitaessa tietoja ajallisena jatkumona toimintatutkimuksessa, kyettiin löytämään asiakkaiden hyvinvoinnin myönteisiä, edistäviä ja kielteisiä ja estäviä tekijöitä teknologian merkityksen arvioimiseksi asiakkaiden ja asiantuntijoiden näkökulmasta.

Turvallinen Koti -hankkeen vaikuttavuustutkimuksessa seurattiin siis Suomen Akatemian ja Tekesin esittämää tieteen, teknologian ja innovaatiotoiminnan vaikuttavuuskehikkoa. Tällöin vaikuttavuutta tarkastellaan 1) talouden ja uudistumisen, 2) ympäristön, 3) oppimisen ja osaamisen sekä 4) hyvinvoinnin nä-

kökulmasta. (Tekesin innovaatiotoiminnan vaikutukset 2011.) Turvallinen Koti-hankkeen tarkoituksena oli selvittää, miten kehitettävät, kuvalliset ja vuorovaikutteiset eHyvinvointipalvelut toteutuivat, mallintuivat ja minkälaisilla kustannuksilla uusi käytäntö toteutui. Turvallinen Koti -hanke tarjosi mahdollisuuden laajentaa hoitoympäristön käsitystä kotiympäristöön. Virtuaalinen ympäristö mahdollistaa myös erilaisten tilojen suunnittelun ja kehittämisen.

Seuraavassa taulukossa esitellään Turvallinen Koti -hankkeessa toteutuneen teknologian, ohjelmatuotannon, valittujen ePalvelujen ja jatkohaasteiden arviointi. Arviointi perustuu sekä osallistuneitten asiakkaiden, asiantuntijoiden ja yritysten palauteaineistoon. (Taulukko 8)

Taulukko 8. Kokonaisarviointi

Käyttäjä	HyvinvointiTV	Ohjelmatuotanto	ePalvelut	Haaste
Ikääntyneet (yksityiset)	Kosketusnäyttö: +++ Helppo-käyttöinen +/- Ääni	+++ Sisältö +++ Käytetyt menetelmät +++ Vuorovaikutus +++ Jatkuvuus +++ Mahdollisuus omaehtoiseen yhteeseen +++ Yhteisöllisyys	eSairaanhoitaja eLääkäri eseniorineuvonta eAsianajaja - Käyttökokemus +++ Yksilöllinen +++ Saatavuus +++ Sisältö +++ Monipuolisuus +++ Tuen ja avun saanti	Virtuaalinen terveyskeskus
Ikääntyneet (palvelutalot)	HyvinvointiTV: ++ Henkilökunnan apu	Sisältö ++ Liikunta ++ Musiikki + +Seurakunnan ohjelmat		
Ikääntyneet (kerhot)	HyvinvointiTV: +++ Helppo-käyttöinen +++Vertaiskäyttö	++ Sisältö +++ Vuorovaikutus +++ Omaehtoinen		Vertaistuotanto Yhteisöllisyys Vastuu
Omaisyhteys	Mobiili: +++ Helppo-käyttöisyys -- Ääni	Sisältö +++ Liikunta +++ Musiikki +++ Visailu	+++ Keskustelu läheisen kanssa +++ Perheen ja lastenlasten kanssa	Online-yhteys asiantuntijoihin eShop eApteekki eKotihoito
Kehitysvammaiset	Kosketusnäyttö: +++ Räätelöidyt painikkeet	Sisältö Harrastukset +++ Lukuvinkkaus +++ Nuoren oma ohjelma + Seksuaalisuus Sensitiiviset aiheet - Oma perhe	+++ eKeskustelu +++ eFysioterapia	Virtuaalinen yhteys läheiseen ja asiantuntijoihin
Nuoret	HyvinvointiTV: Interaktiivinen ohjelmatuotanto	+++ Joustavuus +++ Nopeus + Teknologia	+++ eKirjasto	Nuorten tuottama ohjelma Ohjelmatuotanto hoitavien kanssa ja yksiköiden välillä
Nuoret	Mobiili: Yhteys nuoren ja sosiaalityöntekijän välillä	Sisältö +++ Liikunta +++ Virtuaalikaupunkierros +++ Ensiapu	+++ Etäyhteys sosiaalityöntekijään	Virtuaaliyhteys ystäviin, kouluun ja perheeseen
Mielenterveyskuntoutujat	Kosketusnäyttö		eFysioterapeutti	Virtuaaliyhteys läheiseen ja asiantuntijoihin
- negatiivinen		+ tyydyttävä	++ hyvä	+++ kiitettävä

5.2 Asiakaskyselyn tulokset

Turvallinen Koti -hankkeessa kerättiin arviointia ikääntyneiltä (N=52) kyselylomakkeella. Kysely tehtiin loppuvuodesta 2010 ja keväällä 2011. Ikääntyneille asiakkaille tehtiin arviointikysely loppuhaastattelujen yhteydessä. Kyselylomakkeena käytettiin aiemmin Kotiin-hankeessa tehtyä lomaketta (Puoskari 2008.) Kyselyyn vastasi kummankinsekä Ehyenä- että Omana-osahankkeen asiakkaita. Kyselylomakkeessa kartoitettiin asiakkaiden taustatietoja (ikä, sukupuoli, asumismuoto, koulutus, läheisin ihminen) sekä HyvinvointiTV:n vaikutuksia, teknologiaa ja sen käyttöön. Kyselyyn vastasi palvelutalon asukasta, palvelukeskuksessa ryhmässä kävijää tai kotona asuvaa ikääntynyttä.

Vastaajista 56,9 % oli naisia ja 43,1 % miehiä. Vastaajien keski-ikä oli 78,2 vuotta. Vastaajista 21,2 % asui palvelutalossa ja 78,8 % omassa kodissa (omakoti-, rivi- tai kerrostalo). Ikääntyneistä 30 % koki puolison olevan läheisin ihminen heidän elämässään ja 60 %:lle läheisin ihminen oli lapsi. Kyselyyn vastanneista 53,1 % on koulutukseltaan kansa-, keski- tai peruskoulun käyneitä. Korkeakoulututkinto on 22,4 %:lla ja ammattitutkinto 12,2 %:lla vastaajista (n=49). Vastaajista 25,5 % käyttää HyvinvointiTV:tä päivittäin, 55,3 % viikoittain, 12,8 % kuukausittain ja harvemmin 6,4 % (n=47) (Taulukko 9).

Taulukko 9. HyvinvointiTV:n käyttö

HyvinvointiTV:tä olen käyttänyt		
	n	%
Päivittäin	12	25,5
Viikoittain	26	55,3
Kuukausittain	6	12,8
Harvemmin	3	6,4
Yhteensä	47	100,0

Vastaajilta kysyttiin HyvinvointiTV:n vaikutuksia heidän elämänsä osa-alueisiinsa. Vastausvaihtoehtoina oli täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, en osaa sanoa, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä. Erilaisia väittämiä oli yhteensä 20. Vastausvaihtoehdoissa on tulosten analysointi vaiheessa

joissakin kohdissa yhdistetty täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä vaihtoehdot.

HyvinvointiTV on edistänyt kotona asumisen turvallisuutta 40,4 %:n mielestä (täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä). 42,6 % vastaajista ei osaa sanoa asiasta. 40 % vastaajista on täysin samaa mieltä ja 20 % jokseenkin samaa mieltä, että HyvinvointiTV on vähentänyt yksinäisyyden tunnetta. (Taulukko 10) Päivittäistä toimintaa se on aktivoinut 26 %:lla (täysin samaa mieltä) ja 42,2 %:lla (jokseenkin samaa mieltä). 62,8 % vastaajista on saanut HyvinvointiTV:stä apua terveydellisiin kysymyksiin (täysin tai jokseenkin samaa mieltä) ja lisää tietoa ravitsemuksesta on saanut 69,8 %.

Taulukko 10. Yksinäisyyden tunne

Vähentänyt yksinäisyyden tunnetta		
	n	%
Täysin eri mieltä	1	2,2
Ei osaa sanoa	13	28,9
Jokseenkin samaa mieltä	9	20,0
Täysin samaa mieltä	18	40,0
Yhteensä	45	100,0

Vastaajista 80 %:lla HyvinvointiTV on virkistänyt mielialaa (täysin tai jokseenkin samaa mieltä). (Taulukko 11) Ohjelmien lähetysajat ovat olleet täysin tai jokseenkin sopivia 53,5 %:n mielestä. Tekniikka on ollut helppokäyttöistä lähes puolen vastaajien mielestä (48,9 % täysin tai jokseenkin samaa mieltä). Täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta on ollut 19,1 % vastaajista.

Taulukko 11. HyvinvointiTV:n vaikutus mielialaan

Virkistänyt mielialaa		
	n	%
Jokseenkin eri mieltä	3	6,7
Ei osaa sanoa	6	13,3
Jokseenkin samaa mieltä	12	26,7
Täysin samaa mieltä	24	53,3
Yhteensä	45	100,0

71,1 % vastaajista on tutustunut uusiin ihmisiin HyvinvointiTV:n välityksellä ja 62,5 % on keskustellut muidenkin kuin ohjelman pitäjien kanssa laitteiden välityksellä (täysin ja jokseenkin samaa mieltä). 56,1 % vastaajista sanoo HyvinvointiTV:n helpottavan kotona elämistä.

Vastaajista 86 %:n mielestä ohjelman pitäjät ovat olleet hyviä ja 74,5 % mielestä vetäjät näkyvät selkeästi. 83,3 % vastaajista ei haittaa vaikka he näkyvät muihin koteihin. Vain 2,4 % vastaajista sanoo sen haittaavan. 85,7 % vastaajista haluaa ohjelmien saatavuuden jatkuvan. Vain 2,4 on asiasta täysin eri mieltä. (Taulukko 12)

Taulukko 12. Ohjelmien saatavuuden jatkuminen

Haluan ohjelmien saatavuuden jatkuvan		
	n	%
Täysin eri mieltä	1	2,4
Ei osaa sanoa	5	11,9
Jokseenkin samaa mieltä	8	19,0
Täysin samaa mieltä	28	66,7
Yhteensä	42	100,0

Kosketusnäytön käyttö on ollut vaikeaa 9,8 %:n mielestä ja 46,3 % on ollut asiasta eri mieltä. 43,9 % ei osaa sanoa asiasta. HyvinvointiTV:tä koskeva ohjaus

ja neuvonta ovat olleet riittäviä 68,3 %:n mielestä ja 7,3 % on jokseenkin eri mieltä asiasta. Ohjaus on ollut vaikeasti ymmärrettävää 26,8 %:n mielestä.

Yhteenvetona kyselystä voidaan sanoa, että kyselyyn vastanneet ikääntyvät olivat lähes 80 vuotta vanhoja ja puolet heistä käytti HyvinvointiTV:tä viikoittain ja yksi kolmesta päivittäin. Käyttö on ollut helppoa ja siihen on saatu riittävästi ohjausta. HyvinvointiTV on vähentänyt yksinäisyyden tunnetta, virkistänyt mielialaa sekä aktivoinut päivittäistä toimintaa. Osa vastaajista on saanut apua myös terveydellisiin ja ravitsemuksellisiin kysymyksiin. Lähes kaikki ikääntyneet halusivat jatkaa HyvinvointiTV:n käyttöä ja ohjelmiin osallistumista.

Turvallinen Koti -hankkeen kyselyn tulokset ovat osittain samansuuntaiset kuin HyvinvointiTV:n edellisen KOTIIN-hankkeen asiakaskyselyn tulokset. Asiakkaiden HyvinvointiTV:n päivittäinen tai viikottainen käyttö oli selvästi suurempi kevään 2011 kyselyssä kuin edellisessä KOTIIN-hankkeen kyselyssä, jossa päivittäinen käyttö oli 30 % ja viikottainen 37 % keväällä 2008. Asiakkaiden halukkuus jatkaa osallistumistaan HyvinvointiTV:ssä oli korkeampi kuin aiemman asiakaskyselyn mukaan.

5.3 ePalvelujen arviointi

Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta (JUHTA) on antanut suositukset videoneuvottelulaitteiden käytöstä vuonna 2008. Suosituksessa otetaan kantaa mm. erilaisiin asiointitapoihin sekä lastensuojelun asiakastapaamisiin ja erilaisiin kokouskäytänteisiin. Videoneuvottelutekniikan ja muiden etäpalveluiden käyttö tukee suosituksen mukaan pyrkimystä tuoda julkisen hallinnon palvelut mahdollisimman lähelle kansalaisia ja asiakkaita riippumatta maantieteellisestä sijainnista. Edellytys videoneuvottelun ja muiden etäpalveluiden laajemmalle hyödyntämiselle ovat riittävät ja laadukkaat tietoliikenneyhteydet. Tällaiset etäpalvelut täydentävät muita julkisen hallinnon palvelukanavia, kuten kasvokkain asiointia, puhelinpalveluita ja erilaisia sähköisiä palvelukanavia. Videoneuvottelua hyödyntämällä voidaan säästää sekä aikaa että kustannuksia. Merkittävä peruste videoneuvottelun hyödyntämiselle on ekologisuus, kun matkustamista vähennetään. (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2008.)

Kuvalliseen yhteyteen perustuvia etäkonsultaatioita on kokeiltu ja käytössäkin Suomessa useissa paikoissa mm. radiologiaan, neurologiaan, hammaslääketieteeseen ym. liittyvissä konsultaatioissa etenkin välimatkojen ollessa pitkiä.

Pääsääntöisesti Windbladin ym. (2008) tekemässä selvityksessä etäkonsultaatio televideomenetelmällä oli käytössä niin että toinen pääte oli lääkärillä ja toinen terveydenhuollon ammattihenkilöllä ja asiakkaalla. Terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välisiä suoria etäkonsultaatioita ei tämän selvityksen mukaan ollut maassamme käytössä. (Windblad 2008.)

Etäterveydenhuollon avulla voidaan tutkimuksen mukaan parantaa hoidon laatua ja hoitoprosessin sujuvuutta. Myös palvelujen saatavuus ja työntekijöiden osaaminen lisääntyvät sekä matkustamisesta aiheutuvia kustannukset vähenevät. Etäkonsultaatioiden käyttöönotossa pitää huomioida monia teknologiaan, työntekijöihin ja sosiaalisiin järjestelmiin liittyviä tekijöitä. (Vuononvirta ym. 2009.)

Uudet työtavat vaativat sekä asiakkailta että asiantuntijoilta ennakoluulotonta innostusta uudentyyppisiin työmenetelmiin sekä työvälineisiin. Virtuaaliyhteys ei koskaan korvaa lähikontaktia, mutta tuo hyvän ja tarpeellisen lisän kommunikointiin ja yhteydenpitoon myös ajansäästön sekä kustannustehokkuuden näkökulmista.

5.3.1 eVastaanotot

Hyvinvointiteknologian tuomat ratkaisut edistävät asiakkaan hyvää elämää mutta mahdollistavat ja markkinoivat myös hyvinvointialan vetovoimaisuutta tulevaisuuden työpaikkana (esim. An, Hayman, Panniers, Carty 2007). Telälääketiede (Telemedicine) käsitteenä on ollut lähtökohtana sähköisten ja digitaalisten palvelujen kehittymiselle. Telälääketiede mahdollistaa terveydenhuollon ja terveystietojen vaihdon ja siirron paikasta toiseen sähköisten tiedonvälitysmenetelmien avulla. Asiantuntijat voivat seurata ja vastata potilaan terveydentilan muutoksiin ilman että potilaan tarvitsee tulla esimerkiksi vastaanotolle. (Koiranen 2006.) Sähköisten tiedonvälitysmenetelmien avulla potilaiden terveyden ja hyvinvoinnin ohjaus mahdollistuu ajasta ja paikasta riippumatta. eHealth (electronic-health) tarkoittaa terveydenhuollon digitaalista tiedon siirtoa, varastointia ja uudelleen käyttöä sähköisessä muodossa. eHealth mahdollistaa niin asiantuntijoiden kuin asiakkaiden etäkäytön ja onlineyhteyden. Koirasen (2006) mukaan, eHealth kattaa kaikki asiat, jotka liittyvät terveydenhuollon ja tietotekniikan yhdistämiseen. eHealth voidaan jakaa kolmeen alueeseen: terveydenhuoltohenkilökunnan antamaan potilashoittoon liittyvät järjestelmät, jotka voidaan jakaa sairaala- ja terveyskeskusjärjestelmiin sekä kotihoitoa tukeviin järjestelmiin, opetukseen ja terveysaiheisen informaation ja tietämyksen levittämiseen tarkoitettuihin järjestelmiin, joilla voidaan konsultoida,

opettaa ja levittää terveysaiheista tietoa sekä terveysaiheisten tuotteiden kauppaan kehitetyt järjestelmät. (Koiranen 2006.)

eHealthpalvelut käynnistyivät ensin terveydenhuollon ammattilaisille ja päätäjille. Tällä hetkellä suuntaus on enenevästi terveydenhuollon asiakkaille omahoidon tukemiseksi ja terveydentilan tai sairauden hoidolliseen seurantaan. (Koiranen 2006.) Telehealth eroaa telelääketieteestä siinä, että se on apuna ja tukena henkilöille, jotka asuvat kaukana terveydenhuoltopalveluista ja jotka eivät välttämättä ole sairaita vaan haluavat säilyttää ja edistää hyvinvointiaan sekä terveellisiä elintapojaan. Telehealth on suunniteltu erityisesti kotiympäristössä tapahtuvaan terveydenhoidon seurantaan.

Tiedon digitaalisuus ja tietoverkot mahdollistavat verkottuneen toimintatavan, jolloin eri palvelujen yhteensovittaminen mahdollistuu asiakaslähtöisenä prosessina. Tiedon saatavuus, käyttömukavuus ja nopeus edesauttavat asiakaslähtöistä prosessia. Kuitenkin tiedon muuntuminen osaksi ihmisen hyvinvointia ja toimintaa edellyttää myös erilaisten tukipalvelujen ja konsultoinnin saatavuutta ajasta ja paikasta riippumatta. Eettiset kysymykset tulevat entistä tärkeämmiksi ja edellyttävät systemaattista tutkimusta siirryttäessä hyvinvointialalla virtuaalipalveluihin. Informaatioteknologian hyödyntäminen edellyttää myös henkilökunnalta ja asiantuntijoilta uudenlaisia vaatimuksia, kuten esimerkiksi informaatioteknologian käyttötaitoja niin asiakastyössä kuin oman osaamisen päivittämisessä väestön hyvinvoinnin edistämisessä.

Tässä tutkimuksessa tarkoituksena oli tuottaa uusia eHyvinvointipalveluihin liittyviä virtuaaliratkaisuja, jotka ovat suoraan siirrettävissä kyssä olevien asiakasryhmien kotona selviytymistä tukeviksi toimintamalleiksi. Asiakkaan hyvinvointia ja terveyttä voidaan seurata esimerkiksi hankkeeseen liittyvien etämittarien tai langattomaan turvapiiriin liittyvän seurannan ja valvonnan avulla.

eSairaanhoidajan ja eLääkärin vastaanotto

Virtuaalista eSairaanhoidajan ja eLääkärin vastaanottoa on toteutettu Turvallinen Koti -hankkeen Ehyenä-osahankkeessa. eVastaanotot ovat toteutuneet kerran viikossa sairaanhoidajan kanssa ja kerran kuukaudessa lääkärin kanssa. eVastaanotot ovat toteutuneet sovittuina aikoina HyvinvointiTV:n kuvallisen yhteyden kautta ikääntyneille kotiasiakkaille. Suojattu yhteys on kahdenkeskinen ja siihen ei ole mahdollista muiden osallistua samaan aikaan, jolloin eettiset ja luottamukselliset keskustelut on voitu turvata.

Kolmella asiakkaalla on ollut kotona HyvinvointiTV sekä etämittareita. Asiakas on mitannut itse kotona verenpaineen ja painon sekä arvioinut oman kokonaisvointinsa käyttämällä kipu- ja hyvinvointijanaa. Verenpaineen ja painon mittaukset ovat siirtyneet langattomasti palvelimen kautta HyvinvointiTV:n palvelutorille mittareiden bluetooth-yhteyden ja asiakkaalla olevan kännykän välityksellä. Asiakas on voinut tarkastella omia mittaustuloksiaan oman HyvinvointiTV:nsä palvelutorilta, johon hänellä on ollut mahdollisuus syöttää manuaalisesti myös arvio kipu- ja hyvinvointijanalle. eSairaanhoitaja ja eLääkäri ovat tarkastelleet tuloksia omilla tunnuksillaan omalta tietokoneeltaan kunkin hänen hoitoryhmäänsä kuuluvan asiakkaan eVastaanotolla. Asiakas on voinut näyttää vastaanottotilanteessa esimerkiksi ihottumaa tai haavaa liikuteltavan kameran avulla. Lääkäri on tarkastellut sitä omalta ruudultaan. Myös esimerkiksi erilaisten dokumenttien ja lääkepurkkien näyttäminen on ollut mahdollista kuvayhteyden välityksellä.

eSairaanhoitajan vastaanoton tarkoituksena on ollut ohjata ja tukea kotona-asuvaa ikääntyttä terveydentilan ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä. Ikääntyneet ottavat yhteyden e-sairaanhoitajaan HyvinvointiTV:n kosketusnäytön kautta kerran viikossa sovittuina aikoina. eVastaanoton lähtökohtana on interaktiivisuus. Asiakas itse ottaa vastuun omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Keskustelu perustuu aina asiakkaan vapaaehtoisuuteen ja aloitteellisuuteen.



Kuva 4. eSairaanhoitajan vastaanotto

Seuraavat sisältöteemat kuvaavat eSairaanhoitajan vastaanotolla käsiteltyjä asioita:

- asiakkaan kokonaisvointi
- päivittäiset toiminnot
- sosiaaliset suhteet
- tunteet, murheet ja huolet
- etämittaustulokset.

Asiakas mittaa itse kotona verenpaineen ja painon sekä arvioi oman kokonaisvointinsa käyttämällä kipu- ja hyvinvointijanaa. Tiedot siirtyvät langattomasti HyvinvointiTV:n palvelutorille, josta e-sairaanhoitaja ja e-lääkäri tarkastelevat tuloksia. e-sairaanhoitajan vastaanottoa on pilotoitu kevästä 2010 lähtien. Sairaanhoitajan virtuaalivastaanottoja on ollut 78 kertaa ja e-lääkärin 38 kertaa vuoden 2010 aikana seitsemälle asiakkaalle. Kerätyn tiedon perusteella voidaan todeta, että virtuaalivastaanotot ovat luonteva osa osallistujien arkea ja he ovat aktivoituneet oman terveydentilan seurantaan ja ylläpitämiseen. Teknologisina ratkaisuinä sekä HyvinvointiTV:n kosketusnäyttö että etämittarit ovat käyttäjäystävällisiä ja soveltuvia etäseurantaan ikääntyneen turvallisuuden lisäämiseksi kotiympäristössä.

Palvelutorin käyttöliittymä mahdollistaa myös asiantuntijoiden välisen tiedon välityksen ja kirjaamisen vastaanottotilanteessa. Lääkärin ja sairaanhoitajan välinen yhteyden pito on tapahtunut Palvelutorilla, jonne on voinut jättää viestiä tai lukea toisen kirjauksia. Palvelutorilta on myös mahdollisuus lähettää asiakkaalle tekstiviestillä erilaisia muistutuksia mm. sovitusta vastaanottoajasta. Tässä hankkeessa ei ole pidetty asiakasrekisteriä eikä asiakkaiden terveys-tietoja ole arkistoitu hankkeelle. Sekä lääkrillä että sairaanhoitajalla on ollut käytössään asiakkaiden heille itse antamat tiedot ja epikriisit. Hoitovastuu ei ole missään tilanteessa ollut hankkeella vaan esim. omalääkäri on edelleen vastannut asiakkaan kokonaishoidosta, lääkkeistä ym.

Saadut kokemukset sekä eLääkärin että sairaanhoitajan vastaanotoista ovat olleet rohkaisevia tulevaisuutta ajatellen. Virtuaalinen yhteys on mahdollistanut aidon vuorovaikutustilanteen välimatkasta huolimatta. Asiakas on voinut hoitaa asiat suoraan kotoa ja asiantuntija on pystynyt ottamaan vastaan enemmän asiakkaita kuin tavallisessa vastaanottotilanteessa. Kaikkia lääkäri ja sairaanhoitajan käyntejä ei pystytä korvaamaan virtuaalisesti, mutta tietynlaisiin tarkastus ja arviointikäynteihin eVastaanotot tuovat tehokkuutta ja monipuolisuutta sekä palvelun tarjoajan että asiakkaan näkökulmista tarkasteltuina.

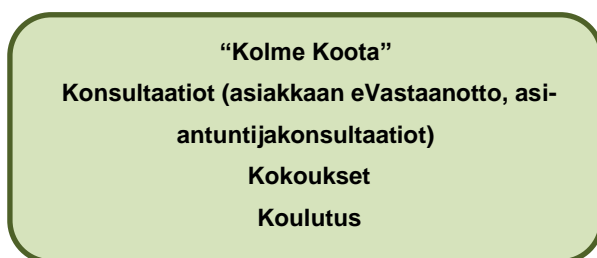
eSairaanhoitajan konsultaatioita on Turvallinen Koti hankkeessa kokeiltu myös palvelutalojen henkilökunnan välillä. Toisen palvelutalon sairaanhoitaja on konsultoinut säännöllisesti viikoittain toisen palvelutalon henkilökuntaa silloin kun siellä ei ole ollut sairaanhoitajaa paikalla. Lähihoitaja on saanut suoraan neuvoja asiakkaan tilanteeseen liittyen. Kuvayhteys on tehnyt konsultaatiosta tavallista puhelintilannetta rikkaamman, koska samalla on voinut esimerkiksi näyttää sairaanhoitajalle jotain asioita tai asiakas on voinut olla mukana tapaamisessa.

Turvallinen Koti -hankkeen tutkimuksen näkökulmasta arviointiaineistossa kuvataan eSairaanhoitajan ohjaamista, neuvontaa ja uusien tietojen antamista palvelutalossa toimiville lähihoitajille ikääntyvän asiakkaan terveyteen ja kokonaisvointiin liittyen. Etäkonsultoinnin sisällöt kohdistuivat ikääntyvän asiakkaan terveydentilaan, arjessa selviämiseen, mielenterveyteen ja fyysisiin oireisiin. eSairaanhoitajan säännöllisen konsultaation kautta on tuettu hoitavia henkilöitä auttamaan palvelutalossa asuvaa levotonta, aika ajoin jopa aggressiivista ja elämänhalunsa menettänyttä ikääntynyttä selviämään edelleen palvelutalossa. Tärkeää on ollut myös tuki hoitaville henkilöille. Luottamuksellinen suhde eSairaanhoitajan ja muiden hoitavien henkilöiden välillä on merkityksellinen asiakkaan auttamisessa. eSairaanhoitajan arvioinnissa korostuu myös virtuaaliyhteys lääkärin konsultaatioon, yhteydenpito läheisiin, ajan-tasaisen tiedon ja osaamisen päivittämiseen. Haasteena virtuaalivastaanotoissa on sähköinen dokumentointi ja tietojärjestelmien yhteensovittaminen sekä etämittaustulosten seuranta. eSairaanhoitajan vastaanoton arviointi liittyi selkeästi sisältöön, hoitosuhteeseen ja turvallisuuteen. Virtuaalivastaanoton sisällöt rakentuivat asiakkaan lähtökohdista, odotuksista, kysymyksistä ja ongelmista. Kaikki eSairaanhoitajan tai eLääkärin vastaanotolle osallistujat olivat erittäin tyytyväisiä käsiteltyihin asioihin ja niiden syvälliseen paneutumiseen sekä vuorovaikutukseen eVastaanoton aikana. (Kuvio 17)



Kuvio 17. eSairaanhoitajan vastaanotto

Tuloksena eSairaanhoitajan vastaanoton arviointidatasta voidaan esittää suositukseksi ns. Kolme Koota, joihin virtuaalivastaanotto sopii hyvin. (Kuvio 18)



Kuvio 18. eVastaanoton suositukset

Turvallinen Koti -hankkeessa pilotoitiin myös e24h-Palvelua. Asiakkailla on ollut pienen ajan mahdollisuus e24h -palveluna olla vuorokauden ympäri yhteydessä oman HyvinvointiTV:nsä kautta hoitohenkilökuntaan. Asiakkaan kosketusnäytöllä oli painike, josta suora kuvapuheluyhteys aukesi palveluntarjoajalle. Kokeilu jouduttiin lopettamaan syksyllä 2010 yrityksen taloudellisten vaikeuksien vuoksi. Saadut kokemukset olivat kuitenkin hyödyllisiä etenkin asiakkaan näkökulmasta. Mieltä askarruttavissa tilanteissa apu oli nopeasti lähellä koko ajan. Tällainen palvelu yksin kotona asuville ikääntyville helpottaa yhteydenottoja ja toisaalta vähentää käyntejä tavallisella vastaanotolla, jos asia on sen kaltainen, että hoidon tarpeen arviointi ja ohjaus voidaan virtuaalisesti hoitaa.

Ikääntyvät kotona asuvat arvioivat e24h-palvelun tärkeäksi uudeksi tavaksi tukea kotona selviytymistä. Osallistujien mukaan turvallisuuden tunnetta edisti tieto siitä, että saa nopeasti avun vuorokauden eri aikoina. Sisällöllisesti e24h-palvelu oli asiantuntevaa ja luotettavaa. Eräs ikääntynyt kuvasi e24h-palvelua seuraavasti:

“ enhän minä olisi selvinnyt viime kesän helteistä ilman tätä HyvinvointiTV:tä ja avun saantia. Olin usein rauhaton ja soitin kosketusnäytön kautta sairaanhoitajalle ja pyysin apua...”

Tässä hankkeessa on saatu hyviä kokemuksia erilaisista konsultaatiosta sekä asiakkaan että asiantuntijan näkökulmista. Konsultaatioita on kokeiltu Suomessa pääasiassa asiantuntijoiden välillä. (Vuononvirta ym. 2009) Vähemmän kokeiluja on vielä tilanteista, joissa asiakas saa palvelun tai konsultaation suoraan omaan kotiinsa. Tämä tuo toisaalta haasteita vastaanottotilanteeseen mm. laitteiden yhteensopivuuden ja käytettävyyden näkökulmista, mutta toisaalta mahdollistaa nopean ja kustannustehokkaan sekä asiakasystävällisen palvelun suoraan asiakkaan kotiin.

Ikääntyvien asiakkaiden arvioinnissa korostui erityisesti eVastaanottojen merkityksellisyys. Luottamuksellinen ja hyvä suhde sekä eSairaanhoitajaan ja eLääkäriin oli käyttäjien mukaan peruslähtökohta. Jatkuvuus ja tieto seuraavasta eVastaanoton ajankohdasta lisää turvallisuuden tunnetta ja ikääntyvän integriteettiä ja voimavaroja. Osallistujat pitivät erityisen tärkeänä sitä, että asiantuntija keskittyi intensiivisesti ja hetkeen sitoutuneena tilanteeseen ja asioihin. Myös intiimejä ja sensitiivisiä asioita pystyttiin keskustelemaan kuvayhteyden kautta. Merkittävää on se, että ikääntynyt valmistautuu etukäteen eVastaanottoon ja saa myös tästä valmentautumisvaiheesta sisältöä ja voimaa päiväänsä. Yhden osallistujan kohdalla myös läheinen arvosti ja korosti erityisesti eSairaanhoitajan ja eLääkärin vastaanoton hyödyllisyyttä ja merkityksellisyyttä oman vanhempansa jaksamisessa ja kotona selviytymisessä.

Erilaiset ePalvelut ja eVastaanotot ovat tulevaisuutta asiakasmäärän kasvaessa väestön ikääntymisen myötä. Yksi tapa vastata tähän haasteeseen on kehittää sellaista teknologiaa, joka mahdollistaa suuremman asiakasmäärän hoitamisen. Helppokäyttöisyys ja käyttäjäystävällisyys ovat asiakkaan näkökulmasta keskeisiä, jotta uudenlaiset palvelut ja toimintamallit voidaan ottaa osaksi jokapäiväistä arkea. Toisaalta kustannustehokkuus ja palvelujen saatavuuden tehostaminen kunnan näkökulmasta on tärkeää, jotta voidaan vastata haasteeseen tulevaisuudessa. Palvelurakenteen ja toimintatapojen muuttaminen ei kuitenkaan tapahdu nopeasti. Toimijoiden ajatusmallien ja tapojen täytyy muuttua ja kaikkien osapuolten omaksua ajatus teknologian hyödyistä. Erilaisia toimin-

tamalleja ja -tapoja täytyy kokeilla ennakkoluulottomasti, jotta uutta saadaan kehitettyä. Kuitenkaan ei voida mennä teknologia edellä vaan pitää miettiä, miten teknologia voisi olla apuna ja helpotuksena omassa työssä asiakkaan kanssa.

Case: Virtuaaliyhteys ikääntyneen tukena kotihoidossa

Turvallinen Koti -hankkeessa aloitettiin kokeilu kotihoitoasiakkaan virtuaalitukemisesta maaliskuussa 2011. Tavoitteena oli selvittää hyvinvointiteknologian, tässä tapauksessa interaktiivisen HyvinvointiTV:n, mahdollisuuksia ja soveltuvuutta kotihoidon asiakkaan ja asiantuntijoiden väliseen yhteydenpitoon. Tarkoituksena oli korvata perinteinen kotihoitokäynti virtuaalikäynnillä ja kokeilla haasteellisen kotihoitoasiakkaan tukemista yöaikana palvelutalon yöhoitajan toimesta. Toimintatapa tuotti heti kokeilun alussa uudenlaisen jaetun hoitovastuun eri toimijoiden välillä.

Asiakkaaksi valittiin paljon kotihoidon apua ja tukea tarvitseva 61 -vuotias yksin asuva miesasiakas. Hänellä on vähän sosiaalisia kontakteja. Asiakkaalla on useita pitkäaikaissairauksia, joiden seurauksena hän viettää paljon aikaa yksin kotona. Ennen kokeilua hän on hakeutunut usein päivystykseen saamaan apua kipuihinsa. Alkoholin käyttö on ollut ajoittain runsasta ja seuran sekä virikkeiden puute on vaivannut asiakasta. Kotihoito on tuntenut asiakkaan pitkään ja on tukenut häntä perinteisillä kotihoitokäynneillä, joita on vähitellen jouduttu lisäämään. Lisäksi asiakas on aloittanut käynnit alueen päivätoiminnassa kerran viikossa. Asiakkaalle on haettu aiemmin palvelutalopaikkaa kotona pärjäämättömyyden vuoksi. Asiakkaalle asennettiin helppokäyttöinen kosketusnäyttölinen HyvinvointiTV maaliskuussa 2011, minkä jälkeen hänellä oli mahdollisuus osallistua kaksi kertaa päivässä interaktiivisiin HyvinvointiTV-ohjelmiin. Asiakas aloitti ohjelmiin osallistumisen heti laitteiden asentamisen jälkeen ja pääsi nopeasti sisälle muiden ikääntyvien HyvinvointiTV-käyttäjien yhteisöön.

Yksi kotihoitotiimi, jossa työskentelee esimiehen lisäksi seitsemän työntekijää, on mukana hankkeessa. Kotihoidon tiimi vastaa noin 50 asiakaasta suuralueella, jossa välimatkat ovat pitkiä. Tiimin yhdelle työpäätteelle asennettiin HyvinvointiTV:n mobiiliversio maaliskuussa 2011. Asiakkaan vastuuhoidtaja perehdytettiin ensimmäisten joukossa HyvinvointiTV:n käyttöön, muut kotihoitotiimin työntekijät opettelivat käyttöä hänen opastuksellaan. Työntekijät saavat kotihoidon toimistolta reaaliaikaisen, virtuaalisen kuvayhteyden asiakkaaseen. Myös asiakas itse voi tarvittaessa ottaa kuvayhteyden kotihoidon toimistoon. Yksi kotihoidon iltapäiväkäynti päätettiin lyhyen kokeilun jälkeen korvata virtuaalikotikäynnillä toukokuun 2011 puolesta välistä alkaen.

Kotihoitoasiakas on saanut toisen alueen palvelutalon yöhoitajilta tuen reaaliaikaisesti, kuvallisen virtuaaliyhteyden iltaisin kello 22 aikaan huhtikuusta 2011 alkaen. Yöhoitaja on ottanut yhteyden asiakkaaseen, kysynyt päivän kuulumiset ja toivottanut hyvää yötä. Yhteydenoton tavoitteena on edistää asiakkaan turvallisuuden tunnetta kotona. Yhteydenotoissa on keskusteltu asiakkaan voinnista ja annettu hoito-ohjeita. Asiakkaalla on ollut myös mahdollisuus ottaa tarvittaessa yhteys yöhoitajaan yön aikana. Palvelutalon yöhoitajat ovat raportoineet yön kuulumiset asiakastietojärjestelmään kotihoito-ohjelmaan, josta kotihoidon työntekijä voi lukea ne aamulla.

Kokeilu on onnistunut asiakkaan ja asiantuntijoiden näkökulmasta hyvin. Arviointiaineiston perusteella asiakas on ollut erittäin innostunut ja kiinnostunut osallistumisesta HyvinvointiTV:n ohjelmatuotantoon. Hän on saanut uusia tuttavuuksia ja jäänyt usein ohjelmien jälkeen keskustelemaan muiden osallistujien kanssa. Asiantuntijoiden arvioinnin mukaan asiakas on aktivoitunut ja virkistynyt, hänen alkoholinkäyttönsä on selvästi vähentynyt. Merkittävää on se, että päivystyskäyntejä ei ole ollut lainkaan viimeisen kuukauden aikana.

Kotihoidon asiantuntijat ovat olleet innostuneena mukana kokeilussa. He ovat esittäneet useita ideoita kokeilun jatkamiseksi ja hyvinvointiteknologian jalkauttamiseksi. Asiantuntijoiden näkemykset hyvinvointiteknologian hyödyntämisestä kotihoidon toimintaan ovat olleet tulevaisuussuuntautuneita. Virtuaalisen kuvayhteyden kautta esimerkiksi kotihoidon sairaanhoitaja voi konsultoida lääkäriä, saada nopeasti yhteyden asiakkaan muihin asiantuntijoihin kuten esimerkiksi sosiaalityöntekijään. Asiantuntijat pohtivat ja suunnittelivat myös keskitettyä onlinepalvelua kotihoidon iäkkäiden asiakkaiden tueksi. Tulevaisuudessa asiakkaan sosiaalista verkostoa, kuten esimerkiksi läheisen yhteydenpitoa, voidaan tukea kuvallisen yhteyden avulla.



Kuva 5. Kuvallinen yhteys HyvinvointiTV:n kautta

eFysioterapeutti

eFysioterapeutin konsultaatiota on Turvallinen Koti -hankkeessa pilotoitu sekä yksilö- että ryhmävastaanottoina. Asiakkailta on ollut mahdollisuus osallistua kotoa tai palvelutalon ryhmänä ohjelmaan, jossa on ollut tietty teema, josta on keskusteltu ja saatu ohjeita. Tämän lisäksi asiakkailta on ollut mahdollisuus fysioterapeutin henkilökohtaiseen virtuaaliseen konsultaatioon. Tämä on toteutunut muutamien ikääntyneiden sekä kehitysvammaisen asiakkaan kanssa.

Haasteeksi nousee fyysisen kosketuksen sekä tutkimisen vaikeus, joka on todettu myös aiemmissa videoneuvottelutekniikkaa tai muuta kuvayhteyttä hyödyntävissä virtuaalisen fysioterapian toteuttamisen kokeiluissa ja tutkimuksissa (mm. Kairy ym. 2009). Toisaalta tutkimuksissa on saavutettu samanlaiset fyysiset ja toiminnalliset tavoitteet kuin perinteisessä fysioterapiatilanteessa (Russell ym. 2003, Russell 2004).

Hankkeen arvioinnissa korostui eFysioterapeutin vastaanoton toiminnallinen ja sisällöllinen kehittäminen erityisesti asiantuntija-arvioinnissa. eFysioterapeutin konsepti tulisi rakentaa niin, että alkuun olisi asiakastapaaminen, jossa voidaan arvioida asiakkaan tilanne ja tehdä yhteiset tavoitteet fysioterapian etenemiselle. Tämän jälkeen vastaanotot voisivat toteutua virtuaalisesti tiettyyn

asiaan keskittyen. Yksilökonsultaatioiden jälkeen asiakas voisi jatkaa omatoimista harjoittelua itsenäisesti. Tämän jälkeen eFysioterapeutin vastaanotot voisivat jatkaa esim. pienryhmätapaamisina, joissa voitaisiin vielä käydä läpi sovittuja asioita ja tarkentaa esim. omatoimisia harjoitteita.

Erilaisten toimintakykytestien ja mittausten tekeminen virtuaalisesti koettiin myös haastavana. Pitäisi olla fyysinen tapaaminen, jossa mittaukset voitaisiin tehdä ja jatkaa sen jälkeen progressiivista harjoittelua ja ohjausta virtuaalisesti aluksi yksin ja jatkossa pienryhmissä kuvayhteyden välityksellä.

Aikaisempien tutkimusten mukaan etäkuntoutuksella voidaan parantaa asiakkaiden fyysistä, toiminnallista ja psykososiaalista toimintakykyä. Kuntoutuksen tulokset ovat osoittautuneet yhtä hyviksi kuin perinteisesti, kasvokkain toteutetussa terapiassa ja asiakastyytyväisyys etäkuntoutusmuotoon on ollut korkea (Russell 2009, Kairy ym.2009). Etäkuntoutukseen ovat olleet tyytyväisiä sekä asiakkaat että terapeutit. (Russell ym. 2009.) Asiakkaiden kokemusten mukaan etäkuntoutus on ollut hyödyllistä ja jopa helpompaa kuin terapiavastaanotolle meneminen (Hoenig ym. 2006). Toimintamalli pitää vain olla etukäteen hyvin suunniteltu ja kohdentaa eVastaanotot sellaisiin asiakkaisiin, jotka siitä voisivat hyötyä. Jos asiakkaalla on fyysisiä, kognitiivisia tai puheentuoton vaikeutta, on kuntoutuksen toteuttaminen haastavaa videoyhteyden avulla. (Theodoros & Russell 2008.)

Hankkeen kokemusten mukaan asiakkaan arjessa pärjäämistä sekä toimintakyvyn tukemista voidaan ohjata videoyhteyden avulla. Osa asiakkaista tarvitsee tilanteeseen taustatueksi jonkun avustajan esim. yhteisen kommunikaation syntymiseksi. Vastaanotot eivät voi olla satunnaisia vaan fysioterapian toteutus pitää olla hyvin suunniteltu ja systemaattisesti etenevä, jotta päästään hyviin tuloksiin toimintakyvyn edistämisen näkökulmasta.

5.3.2 eApteekkipalvelut

Jaana Ylitalo

Ikääntyneiden määrän kasvaessa Suomessa myös ikääntymiseen liittyvä sairastuminen ja tämän myötä lääkkeiden käyttö lisääntyvät. Vuonna 2001 Kelan korvaamien lääkkeiden kustannukset olivat kokonaisuudessaan 1,218 miljardia euroa. Lääkekustannuksista 39 % muodostui 65 vuotta täyttäneiden osuudesta, vaikka heidän osuutensa väestöstä oli vain 15 %. Lääkekustannusten määrä on kasvanut huomattavasti suurten ikäluokkien alkaessa jäädä eläkkeelle. Aiem-

pien vuosien perusteella on arvioitu, että iäkkäiden väestöosuuden kasvaessa yhdellä prosenttiyksiköllä, lääkehoidon kustannukset nousevat 2,6 prosenttiyksikköä. (Kaitsaari 2007.)

Ikääntyneiden lääkehoidon keskeisiä kulmakiviä ovat monisairastavuus, lääkkeiden suuri määrä, ikääntyneen potilaan vaikeus ymmärtää annostusohjeita sekä oireenmukaisen lääkityksen vähäinen tai jopa haitallinen merkitys. Lääkehuoltoon liittyvät ongelmat lisääntyvät potilaan iän myötä, jolloin elimistössä tapahtuu muutoksia, jotka vaikuttavat lääkkeiden toimimiseen elimistössä. Tämän vuoksi ikääntyneet saavat keski-ikäisiä herkemmin lääkehaittoja. (Kaitsaari 2007.) Lääkehuollon toteutumisen turvaaminen on apteekkien tärkein tehtävä. Asiantuntevasti toteutettu ohjaus- ja neuvontapalvelu on apteekkipalvelussa yhtä tärkeää kuin itse lääkkeen toimittaminen. Erityisesti reseptiasiakkaan palvelun osalta apteekki jatkaa lääkärin aloittamaa informaatio-prosessia.

Turvallinen Koti -hankkeelle laaditussa opinnäytetyössä selvitettiin apteekkipalvelujen nykytilaa sekä virtuaaliteknologian hyödyntämismahdollisuuksia osana eHyvinvointipalvelutarjontaa. Keskiössä olivat prosessikuvaukset sekä perinteisestä apteekkipalvelusta, että eApteekkipalvelusta joiden avulla palvelumallien tehokkuutta ja laatua oli mahdollista tarkastella rinnakkain.

Perinteisessä apteekkipalvelumallissa asiointi tapahtuu apteekin fyysisissä tiloissa, jonne asiakas saapuu itse, mikäli hänellä ei ole esteitä asioinnin suorittamiseen. Apteekissa asiakasta ohjataan hänen valitsemiensa lääkevalmisteiden käytössä sekä pyritään selvittämään, onko hänellä tarvetta muille tuotteille. Asiakkaan tiedot kirjataan tietokantaan, joka mahdollistaa muun muassa erilaisten lääkehaittojen huomioimisen. Mikäli asiakas on estynyt itse suoriutumasta apteekkiasioinnista, saapuu apteekkiin hänen sijastaan yleensä joko kotihoidon työntekijä tai omainen. Kotihoidon suorittaessa apteekkiasiointia, on lääkevalmistetilaus ja siihen liittyvät tiedot ja reseptit saatettu toimittaa apteekkiin etukäteen, jolloin työntekijä noutaa apteekista valmiiksi pakatut tuotteet. Mikäli noutopalvelua ei ole apteekin kanssa sovittu, noudattaa palveluprosessi samanlaista kaavaa kuin muidenkin asiakkaiden osalta; reseptilääkkeet noudetaan reseptipalvelupisteeltä, itsehoitotuotteet niille varatuilta hyllyiltä. Näin toimitaan myös omaisten suorittaessa apteekkiasiointia. (Ylitalo & Backlund 2010.)

Prosesseja tutkittaessa selvisi, että tilanteissa, joissa apteekkiasiointi hoidetaan kotihoidon tai omaisten toimesta, ei palvelua kyetä suorittamaan yhtä laadukkaana, kuin tilanteissa, joissa ollaan suorassa yhteydessä asiakkaaseen. Palvelun laadun alenemiseen vaikuttavat eniten se, etteivät lääkehuollon asia-

tuntijat (farmaseutit, proviisorit) kykene ilman suoraa vuorovaikutusta välittämään riittävässä määrin lääkkeiden turvalliseen käyttöön liittyvää ohjausta ja neuvontaa asiakkaalle. Toisaalta apteekin henkilökunta ei pysty selvittämään asiakkaan tarpeita muiden itsehoitotuotteiden käytölle ilman vuorovaikutusta asiakkaan kanssa. Tutkimuksen aikana selvisi myös, että kotihoidon asiakkailla on yhtäläinen oikeus valita apteekki, josta lääkkeet toimitetaan, kuin niillä asiakkailla, jotka suoriutuvat itse apteekkiasioinnista. Käytännössä käytettävä apteekki valikoituu kuitenkin usein kotihoidon yksikön sijainnin tai kunnan ja yrityksen välisen sopimuksen perusteella. Osa kuntien kotihoidoista käyttää asiakkaidensa lääketoimituksissa useampaa kuin yhtä apteekkia. Mikäli saman asiakkaan reseptilääkkeet ja itsehoitotuotteet tilataan ja noudetaan eri apteekeista, on riskinä, että esimerkiksi lääkeaineiden yhteisvaikutuksia ei kyetä riittävässä määrin huomioimaan. (Ylitalo & Backlund 2010.)

Turvallinen Koti -hankkeessa pilotoitiin farmaseutin ja proviisorin toteuttamia ryhmäohjauslähetystyksiä vuosina 2010 ja 2011. Lähetykset suunnattiin ikääntyneille, varsinaissuomalaisille ja uusmaalaisille HyvinvointiTV -käyttäjille. Ohjelmälähetykset rakentuivat ennalta määriteltujen aiheiden mukaisesti, joihin asiakkailla oli mahdollisuus vaikuttaa. Lähetyksessä farmaseutti esitteli asian-
tuntevasti aiheeseen liittyviä faktoja, jonka jälkeen asiakkaat saivat mahdollisuuden esittää kysymyksiä ja keskustella aiheesta. Lähetykset olivat ikääntyneiden aktiiviasiakkaiden keskuudessa suosittuja ja pidettyjä. Lähetysten aikana asiakkaat olivat aktiivisesti vuorovaikutuksessa farmaseutin kanssa. 45 - 60 minuuttia kestäneet ohjaus- ja neuvontatuokiot antoivat selkeästi asiakkaille uutta, lääkkeen turvalliseen käyttöön liittyvää ja arkielämää helpottavaa tietoa. (Ylitalo & Backlund 2010.)

eApteekkipalveluun liitettiin kuuluvaksi reseptilääkkeiden ja itsehoitotuotteiden toimittaminen, apteekkitukipalvelu sekä ryhmä- ja yksilöohjauspalvelu. Virtuaalitekniikan hyödyntäminen ikääntyneille suunnatuissa palveluissa aiheutti selkeitä näkemyseroja ikääntyneiden ja kotihoidon edustajien välillä. Ne ikääntyneet, joille virtuaalilaiteratkaisut olivat ennestään tuntemattomia, olivat kiinnostuneita palvelun käyttöönotosta oman kuntonsa heikentyessä. Heidän näkemyksensä mukaan laiteratkaisun ja palvelun käyttö olisi heille helppoa vaikka aikaisempaa teknistä osaamista ei olisi. Myös HyvinvointiTV -palvelukonseptia testanneet ikääntyneet ovat kokeneet palvelun helppokäyttöisenä ja itselleen tarpeellisenä. Kotihoidon edustajat kuitenkin totesivat vastauksissaan, että virtuaalitekniikka ei soveltuisi tämän hetkisten ikääntyneiden käyttöön heidän heikon teknisen osaamistasonsa vuoksi. Tämä antaa viitteen siihen, että vanhuspalveluissa työskentelevien henkilöiden tulisi saada li-

sää informaatiota kehitettyjen virtuaalitekniikkaratkaisujen käytettävyydestä ja testiasiakkaiden käyttökokemuksista. (Ylitalo & Backlund 2010.)

eApteekkipalvelun todettiin vaativan toteutuakseen virtuaalitekniikan juurtumisen kuntien apuvälinetarjontaan. eApteekkipalvelu olisi tällöin yksi palvelu muiden virtuaalisten sisältöpalvelujen joukossa. Toisin kuin kuntien vanhustyön edustajat olettavat, ikääntyneiden asenne virtuaalipalvelujen käyttöön on hyvin myönteinen. HyvinvointiTV:tä testanneet asiakkaat ovat todenneet palvelun olevan heille erittäin tarpeellinen ”henkireikä”. Psykososiaalisten vaikutusten lisäksi teknologian hyödyntäminen palvelutarjonnassa lisäisi myös esteellisille asiakkaille tuotetun palvelun laatua, mikäli palvelu on kehitetty kokonaisuudessaan asiakaslähtöisesti. (Ylitalo & Backlund 2010.)

5.3.3 Virtuaaliyhteys uusi työmuoto nuoren ja sosiaalityöntekijän välillä

Turvallinen Koti -hankkeen yhtenä tavoitteena on ollut uusien työtapojen kehittäminen sosiaali- ja terveysalalle videoneuvottelutekniikkaan perustuvaa HyvinvointiTV:tä hyödyntäen. Näistä esimerkkeinä ovat alla tarkemmin kuvatut e-sairaanhoidajanvastaanotto sekä nuoren ja sosiaalityöntekijän virtuaalinen yhteydenpito.

Kunta on velvollinen järjestämään lastensuojelun asiakkaana olleelle lapselle tai nuorelle jälkihuollon sijaishuollon päättymisen jälkeen. Velvollisuus jälkihuollon järjestämiseen päättyy viimeistään, kun nuori täyttää 21 vuotta. (Lastensuojelulaki 2007, 75 §.) Jälkihuollossa tuetaan sijaishuollossa ollutta lasta tai nuorta, hänen vanhempiaan ja huoltajiaan sekä henkilöä, jonka hoidossa ja kasvatuksessa lapsi tai nuori on (Lastensuojelun käsikirja). Jälkihuollon palvelut ovat asiakkaalle vapaaehtoisia. Espoon kaupungin Perhe- ja sosiaalipalveluiden nuorisohuolto /jälkihuoltoyksikössä aloitettiin virtuaaliset yhteydenpidot sosiaalityöntekijän ja nuoren välillä syksyllä 2009.

Osa lastensuojelun neuvotteluista voidaan järjestää videoneuvotteluna, jolloin sosiaalityöntekijöiden matkustusaikaa säästyy lasten asioiden hoitamiseen. Lisäksi videoneuvottelu mahdollistaa neuvottelun järjestämisen nopeasti, kun aikatauluissa ei tarvitse huomioida matka-aikoja. (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2008.)

Jälkihuollon asiakkaat voivat asua ympäri Suomen joko itsenäisesti tai laitoksessa. Tässä tapauksessa Espoon kaupunki vastaa jälkihuollon järjestämisestä asuinpaikasta riippumatta. Sosiaalityöntekijät tapaavat asiakasta säännöllisesti

joko asiakkaan kotipaikkakunnalla tai Espoon toimistossa. Yhteyttä pidetään tarvittaessa myös puhelimitse. Virtuaaliyhteys mahdollistaa entistä säännöllisemmät tapaamiset, matkustamisen vähentymisen sekä nuoren elämässä mukana pysymisen.

Espoon jälkihuollon sosiaalityöntekijöillä (N=5) on ollut omalla tietokoneellaan asennettuna HyvinvointiTV-ohjelmisto, jonka avulla hän on voinut pientä kameraa ja mikrofonia apuna käyttäen olla yhteydessä muualla kuin Espoossa asuviin nuoriin (N=6). Nuorella on ollut omalla kannettavalla tietokoneellaan samanlainen ohjelmisto. Tapaamisajat on sovittu etukäteen.

Kokemus virtuaaliyhteydestä on ollut sekä nuorten että asiantuntijoiden mukaan onnistunut ja jopa yllättävän rohkaiseva kokeilu. Nuoren ja asiantuntijan välinen luottamus ja avoimuus on perusarvo yhteydenpidossa. Arvioinnissa korostui yhteydenpidon intensiivisyys ja tilanneherkkyys. Toisaalta myös teknologian haavoittuvuus saattoi vaikeuttaa aika ajoin yhteydenpitoa, samoin kuin nuoren vanha tietokonekanta. Kerätyn aineiston tulosten perusteella esitetään seuraavat suositukset (Kuvio 19)

Virtuaaliohjaus- ja neuvonta (eVastaanotto, eSeuranta)
Konsultaatiot (esim. erikoissairaanhoido, psykiatria)
Yhteys nuoren verkostoon (esim. koulu)
Yhteys perheeseen
Ohjelmatuotanto yhdessä nuorten kanssa eri yksiköiden välillä

Kuvio 19. Virtuaaliyhteyden suositukset

Case: Nuori asioi sosiaalityöntekijän kanssa virtuaalisesti

Espoon jälkihuollon tuen piirissä oleva nuori nainen nimimerkillä "Maiju" lähti sosiaalityöntekijän rohkaisemana mukaan Turvallinen Koti -hankkeeseen ja testaamaan uudenlaista yhteydenpitoasiointimallia videoyhteyden välityksellä. Maiju asuu ja työskentelee paikkakunnalla, joka sijaitsee n. 250 km:n etäisyydeltä Espoosta. Maiju asustelee itsenäisesti asuinpaikkakunnallaan ja on pitänyt ennen hankkeeseen mukaan tuloa yhteyttä omaan sosiaalityöntekijään pääsääntöisesti puhelimitse ja muutamin tapaamisin Espoon toimistossa tai neuvotteluissa Maijun asuinpaikkakunnalla.

Tilanne muuttui, kun "Maijun" omalle pc-päätteelle ladattiin HyvinvointiTV:n käyttöjärjestelmänä käytetty Vidyo-ohjelmisto. Ohjelmiston mahdollistaman suojatun reaaliaikaisen kuvayhteyden välityksellä hän alkoi pitää yhteyttä ja hoitamaan asioitaan oman sosiaalityöntekijänsä kanssa, joka istui Espoossa omalla tietokoneella. Pitkä maantieteellinen välimatka menetti merkityksensä, sillä kuvayhteys toi nopeasti tunteen siitä, että asioista keskustellaan saman pöydän ääressä. Kuvapuhelu mahdollisti mm. erilaisten dokumenttien näytön sosiaalityöntekijälle, joka hyväksyi esim. sovitun kulun ja laittoi sen maksuun. Tämä säästi tositteen postittamisen vaivan sekä nopeutti asiointin prosessia. Hyötyä kuvapuhelinyhteydestä tuli myös siinä mielessä, että yhteydenottojen määrä lisääntyi verrattuna vanhaan käytäntöön. Asiointi kesti ajallisesti pidempään kuin pelkkä puhelinsoitto olisi kestänyt. Maiju ja työntekijä tulivat tutummaksi toisilleen tapaamisten myötä. Jälkihuollon asiakkuus ja vastuu Maijun asioiden hoidosta päättyi Maijun täytettyä 21 vuotta. Samalla loppui hankkeessa mukanaolo, mutta muistoksi jäivät hyvät kokemukset kuvapuhelinyhteyden tuomista hyödyistä.

Alla Maijun kommentti hankkeessa mukanaolon hyödyistä.

"Olen ollut oikein tyytyväinen Turvallinen Koti -hankkeen ohjelmaan. Minun osaltani se on toiminut oikein hyvin, eikä ole ollut minkäänlaisia ongelmia. Kiitos kun saan olla mukana, helpottaa asioiden hoitoa kun ei aina tarvitse Espooseen saakka lähteä palaveeraamaan"

5.3.4 Esimerkit ePalvelujen prosessikuvauksista

Prosessikuvaukset ovat käytännönläheisiä ja systemaattisesti toimintaa tarkastelevia käytänteitä. Erityisesti niiden merkitys korostuu laatutyössä ja toimintojen kehittämisessä. Prosessin idea on se, että on olemassa jotain pysyvää ja jota voidaan toistaa, josta voidaan sopia ja jota voidaan mallintaa ja kehittää. Prosessikeskeisyys tukee yleensä myös asiakaskeskeisyyttä. Prosesseja analysoidaessa ja kuvattaessa niiden toiminnot, sisällöt ja tekijät ryhmitellään keskittyneenä yhteen prosessiin kerrallaan. Peruslähtökohtana on asiakasprosessit ja niiden sujuvuuden ja joustavuuden edistäminen (Lillrank & Parvinen 2004, Laamanen 2009).

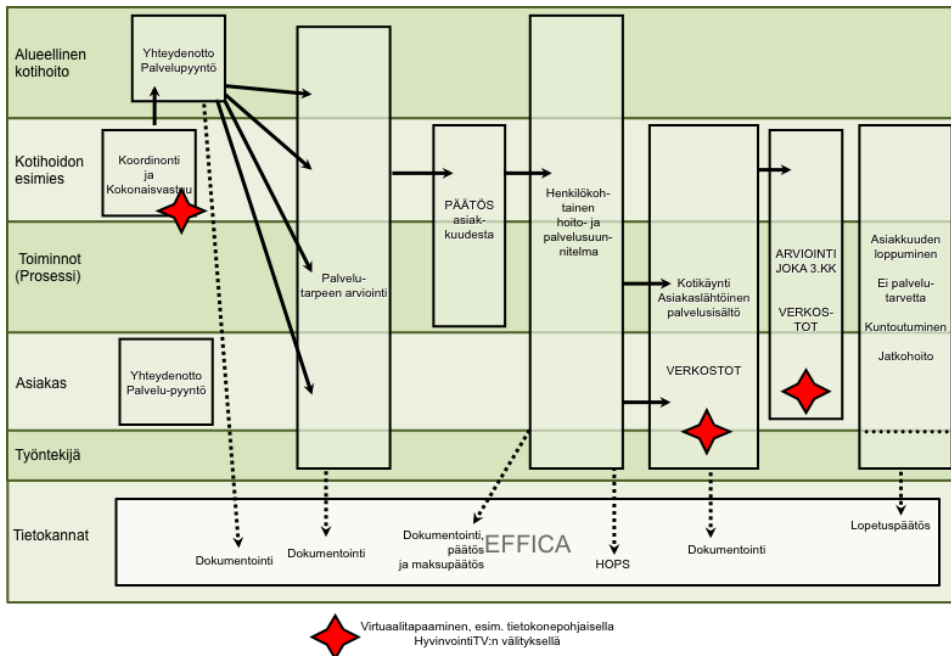
Lillrank ym. (2004) määrittelevät prosessin seuraavasti” Prosessi tarkoittaa tuotanto-organisaation suunnittelemaa ja toteuttamaa toimenpiteiden sarjaa sekä toimenpiteitä yhdistäviä ohjauksen menettelytapoja ja informaatiovirtoja. Prosessi kuvaa suunnitelmia, aikomuksia, protokollia, resurssien ryhmitteilyä ja käytön kriteerejä.” Prosesseja rakennetaan ja niitä kuvataan, jotta samanlaisia asioita voitaisiin hoitaa samalla tavalla joka kerta (Lillrank ym. 2004).

Prosessin kuvaus liittyy lähes aina johonkin suurempaan kokonaisuuteen. Prosessit luokitellaan ydin- ja tukiprosesseiksi. Ydinprosessi tuottaa toiminnan ensisijaisen arvon. Tukiprosessit tuottavat ydinprosessin käyttöön erilaisia osasuoritteita, ja näin mahdollistavat ja tukevat ydinprosessia. Prosessien tunnistaminen ja kuvaaminen mahdollistaa työn tai toiminnan kehittämisen. (Lillrank ym.2004). Kun prosessi on kuvattu, on mahdollista arvioida, kehittää ja parantaa toimintaa systemaattisesti. Kuvatusista prosesseista voidaan myös tunnistaa toiminnan kriittisiä vaiheita (Laamanen 2009).

Prosessikuvauksen tarkoituksena on analysoida, tunnistaa ja mallintaa keskeisiä ja kriittisiä toimintoja, niiden välisiä suhteita ja merkityksiä. Prosessikuvaus mallintaa eri toimijoiden tekemisen ja vastuun prosessin eri vaiheissa. Vastuu on perusteltua, tarkoituksenmukaista tekemistä ja toimintaa (Laamanen 2009). Sisällöllisesti prosessit kuvataan yleensä samankaltaisille ryhmille. Tavoitteena on se, että prosessit kuvataan tietylle asiakasryhmälle, jolloin siirrettävyys erityyppiseen asiakasryhmään ja sovellettavuus ei ole mielekasta. Tärkeää ja oleellista on valita huolella kohteena oleva asiakasryhmä. (Lillrank ym. 2004.) Prosessikuvaus voi painottua joko nykyiseen toimintaan tai kehitettävän toiminnan tavoiteltuun tilaan.

Seuraavassa esitellään kaksi eHyvinvointipalvelua ja niiden prosessikuvaukset. Mallintamisen kohteeksi valittiin kotihoidon eSairaanhoidajan ja nuortenhuollon/ jälkihuollon eSosiaalityöntekijän toimintaan liittyvät prosessit. Sekä eSairaanhoidajan että eSosiaalityöntekijän uudenlainen virtuaalivastaanotto perustui käyttäjälähtöiseen ideointiin.

Prosessikuvaukset perustuivat aineistonkeruuseen, jossa haastateltiin kahta sairaanhoitajaa ja neljää sosiaalityöntekijää. Kaikilla oli kokemus virtuaalivastaanoton pitämisestä tai siihen liittyvästä johtamisesta hankkeen aikana. Sisällöllisesti prosessikuvaukset perustuivat aitoon ja toteutettuun toimintaan.



Kuvio 20. eSairaanhoitajan prosessikuvaus kotihoidossa

Kustannukset perustuvat Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystalouden laskutushinnastoon 1.4.2010 alkaen. (Sosiaali- ja tervetystoimi, taloushallinto, perusturvajohtaja 14.4.2010 § 14)

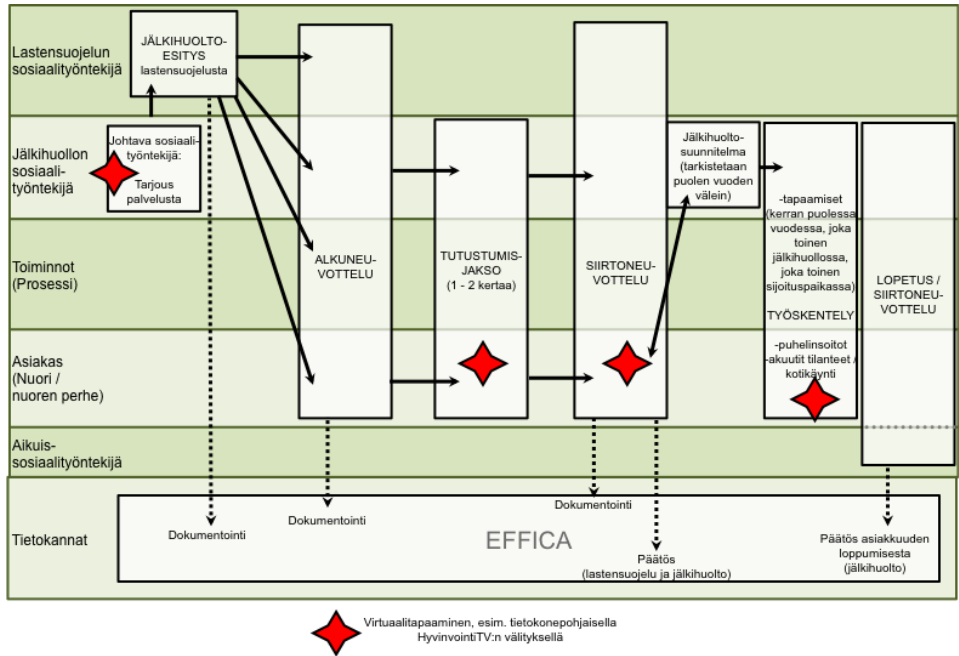
Vaikka kustannusesimerkit perustuvat yhteen asiakascaseen, voidaan todeta merkittäviä työaika- ja kustannussäästöjä käytettäessä virtuaaliyhteyttä.

Taulukko 13. Kotihoidon esimerkkikustannuslaskelma

Esimerkki-kustannukset Kotihoito: Asiakascase	Kustannukset	Olemassa oleva käytäntö *	Virtuaalinen kotihoidon-käynti esim. tietokonepohjainen HyvinvointiTV **	Säästöt
Työaika	Asiakastyötunti 92,79 e/h	Kotihoitokäynti 30min/kerta x 3/pv = 90 min/pv 90 min x 4 x 4 = 24 h/kk	Virtuaalinen vastaanotto: 15min/kerta = 15 min/pv 15min x 4 x 4= 4h /kk = 371,16 e	
Kotihoidon käynnit /kk /työntekijä	-	24 h x 92,79 e = 2226, 96 e	Kotihoidon käynti 30 min/kerta x 2/pv = 60 min /pv 60 min x 4 x 4 =16 h /kk = 1484,64 e	Työaika-säästö: 4h/kk
Matkat	Sisältyvät Asiakastyötunteihin	Matkakulut: Asiakas asuu lähellä kotihoidon toimistoa	-	
Päivystyskäynti	Lääkärikäynti/ Päivystys 132,41	Esim. Päivystyskäynti 4 x/kk 4 x 132,41 = 529,64 e	-	
Laite-kustannukset	Ohjelmisto: 49e/kk Kosketusnäyttö: 149e/kk	-	1 x ohjelmisto 1 x kosketusnäyttö	
Kustannus yhteensä/kk		2226,96 e + 529,64 e = 2756,60 e	371,16 e +1484,64 e + 49 e + 149 e (ohjelmisto) = 2053,80 e	Säästö: 702,80 e/kk
* Kotihoidon käynnit: kolme kertaa päivässä neljänä päivänä viikossa ** Kotihoidon käynti korvaus 1 kerta päivässä virtuaaliyhteydellä				

eYhteydenpito nuoren ja sosiaalityöntekijän välillä on mallinnettu prosessikuvaus- ja kustannukset laskettu aidoilla asiakastapauksilla. Prosessikuvaus ja erityisesti lasketut kustannukset osoittavat huomattavan kustannussäästön yhden työntekijän ja yhden matkan perusteella verattuna olemassa olevaan käytäntöön. Kustannussäästöllä voitaisiin hankkia huomattava määrä samoja laitteita, joiden avulla voidaan osittain korvata olemassa olevaa käytäntöä esimerkiksi nuoren ja sosiaalityöntekijän välillä. Samoilla laitteilla voidaan to-

teuttaa sisäisiä kokouksia, neuvotteluja ja koulutustilaisuuksia. Myös eKonsultaatiot ja asiakkaan verkostoon kuuluvien muiden tahojen yhteydenpitoa voidaan toteuttaa virtuaalisesti. Asiakkaan, tässä tapauksessa nuoren ja hänen perheensä, tarvitsemia palveluja voidaan tehostaa, saada joustavaksi ja jopa saatavuutta sekä laatua saadaan parannettua käytettäessä uusia virtuaalisia työtapoja.



Kuvio 21. Lastensuojelun prosessi

Taulukko 14. Esimerkki lastensuojelun kustannuslaskelmasta

Esimerkki-kustannukset: Jälkihuolto	Kustannukset	Olemassa oleva käytäntö	Virtuaalinen esim. Tietokonepohjainen HyvinvointiTV	
Työaika	tuntipalkka: 95,14e (sos.työ.) 108,82e (johtava) ohjelmisto (49e/kk)	12,5 h josta tapaaminen 1 - 1,5h	0,5 - 1 h	
Matkat	300e + 100e (vuokra-auto) = 400e	esim. matka Joensuuun lähtö kello 7.00 paluu kello 19.30 lennon hinta: 300e vuokra-auto: 100e	-	
Päivärahat	36e	1	-	
Ylityötunnit	tuntipalkka: 95,14e (sos.työ.) 108,82e (johtava)	> 1 h	0	
Matkat /vuosi /työntekijä		n. 10 matkaa	n. 10 kertaa	
Kustannus yhteensä/ matka		1189,25 + 400 + 36 = 1625,25 euroa	95,14 + 2,33 * 2 (ohjelmisto/päivä) = 99,80e	Kustannus-säästö: 1525,45

5.4 Käytettävyystudkimuksen tulokset: etähuolenpitojärjestelmän arviointi

Päivi Saalasto & Jaana Ylitalo

Käytettävyyden tutkiminen liittyy olennaisena osana hyvinvointiteknologian kehittämisprosessiin. Käytettävyys (engl. usability) on laatuominaisuus, joka on osa jokaista tuotetta. Käytettävyys on aina tilannekohtainen käyttäjän suhteellinen kokemus käytön onnistumisesta. (Riikonen 2006.) Wille Kuutin (2007) mukaan käytettävyys tuotteen ominaisuutena kuvaa, kuinka sujuvasti tuotteen toimintoja käyttäjä käyttää päästäkseen haluamaansa päämäärään.

Käytettävyys on yksi käyttö- tai käyttäjäkokemuksen osa-alue. Käyttökokemus on käyttäjän tuntema kokonaiskuva järjestelmästä. Yleisesti ottaen käyttökokemuksen ja käytettävyyden välillä vallitsee korrelaatio; mitä käytettävämpi

järjestelmä on, sitä parempi on myös käyttökokemus. (Valtiovarainministeriö 2008.) Hyvinvointiteknologian suunnittelussa on huomioitava, että teknologia-ratkaisut täyttävät käytettävyyden kriteerit, joita ovat sen sosiaalinen, funktionaalinen ja emotionaalinen ulottuvuus. Yhdysvalloissa vuonna 2000 toteutetun ELDER -hankkeen yhtenä lopputuloksena oli se, että vaikka loppukäyttäjät kokivat teknologisen sovelluksen hyödylliseksi, sitä ei käytetty, jos siitä ei pidetty. (Hirsch ym. 2000.)

Hyvinvointiteknologian suunnittelu noudattaa käyttäjälähtöistä toimintatapaa, jossa suunnittelijat ja loppukäyttäjät käyvät aktiivista vuoropuhelua prosessin edetessä. Hyvinvointiteknologiaa kehitetäänkin usein LivingLab-tutkimus-alustassa. Se on aito arkielämän ympäristö, joka on valjastettu innovaatiokäyttöön. (Rönkä & Orava 2007.) Living lab -alustan keskiössä on hyvinvointiteknologian ja sen sisältöpalvelujen loppukäyttäjä todellisessa käyttötilanteessa. Käyttäjä tutkimuksessa painottuu loppukäyttäjän oman kokemuksen systemaattinen lisääminen ja hänen osallistumisensa tuotekehitysprosessiin (esim. Hyysalo 2006). Käyttäjä tutkimuksen avulla saavutettu kokemustieto kertoo yksittäisen loppukäyttäjän tai ryhmän käyttökokemuksesta, tuotteen tai palvelun ominaisuuksista sekä palveluun kohdistuvista toiveista ja tarpeista. Tämän avulla saadaan tukea konseptin, käyttöliittymän ja palvelun rakenteen, sisällön ja visuaalisen ilmeen suunnitteluun sekä ideointiin. (Valtiovarainministeriö 2008; Hyysalo 2006.)

Turvallinen Koti -hankkeessa käytetyn tutkimussuuntauksen, arviointitutkimuksen, yhtenä näkökulmana oli loppukäyttäjän kokeman teknologian arviointi. Teknologianäkökulman tarkastelussa korostetaan erityisesti teknologioiden vertailua ja integroitavuutta. Esimerkiksi ikääntyneet käyttäjäryhmänä asettavat erityisvaatimuksia laitteen käytettävyydelle ja esteettömyydelle. Nämä vaatimukset kohdistuvat myös Turvallinen Koti -hankkeessa pilotoitaviin käyttöliittymiin, kuten HyvinvointiTV®:seen ja etähuolenpitojärjestelmään. Tässä palvelukonseptissa käyttäjien korkea tyytyväisyysaste käytössä nousee päätavoitteeksi; tyytyväisyys laitteen käyttöön sekä laitteen avulla toteutetun palvelun vuorovaikutusmahdollisuuksiin. Hyvän käytettävyyden muodostavat käyttötilanteen opittavuus, virheettömyys, muistettavuus, tehokkuus ja miellyttävyys. (Sinkkonen, Kuoppala, Parkkinen & Vastamäki 2002.) Käytännössä tämä tarkoittaa mm. seuraavia asioita: miten nopeasti laitteen käyttäjä oppii laitteen käyttämisen ja kokee omaksuneensa laitteen toimintalogiikan. Laitteen toimintalogiikan on oltava yksinkertainen ja virheitä salliva. (Saalasto 2009.)

Esteettömyys (saavutettavuus, accessibility) tuo haasteita käyttöliittymän toteuttamiseen käyttöä ohjaavan laitteen konkreettiseen ulkoasuun ja toimintaan (tuotesuunnittelu), jotta heikkonäköiset, eriasteisesti liikuntarajoitteiset

henkilöt sekä kognitiivisista ongelmista (kuten muistihäiriöistä) kärsivät pystyvät laitetta käyttämään. (Nielsen 2000.) Toteutuksessa käytetyn laitteen ja ohjelmiston saatavuus (availability) kertoo käyttövarmuuden (virheet eivät estä toimintaa) ja sen, onko palvelu aina käytettävissä. Saatavuus on läheinen luotettavuuden kanssa, mikä ilmentää laitteen kykyä suoriutua virheittä vaadituista toiminnoista. Luotettavuudella tarkoitetaan myös toimintaidean toteutuksen kuranttia käyttöä ajan suhteen, jottei toteutus vanhenisi heti. Tekni- sessä toteutuksessa käytetyn laitteen ja ohjelmiston käyttö toisella tasolla esimerkiksi ikääntyneiden ja heidän lähiomaisten tai nuorten kesken tapahtu- vassa yhteydenpidossa, vaatii ohjelmiston toteutuksessa yhteensopivuutta ylei- sesti käytössä olevien mikrotietokoneiden ja Internet-teknologioiden kanssa. (Saalasto 2009.)

Edellä kuvaillun käytettävyyden lisäksi teknologian kehittäminen vaatii myös sovellukselta taloudellista esteettömyyttä ja/tai saavutettavuutta. Saavutet- tavuus konkretisoituu fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena ja taloudellisena saavutettavuutena loppukäyttäjän näkökulmasta. Hyvinvointiteknologian kan- nalta tämä liittyy yksilön kykyyn, mahdollisuuteen ja haluun hyödyntää joka- päiväistä elämää tukevia sovelluksia parhaalla mahdollisella tavalla yksilöllisen toimintakyvyn eri vaiheissa. Taloudellinen esteettömyys tarkoittaa ihmisten taloudellisia mahdollisuuksia hankkia käyttöönsä hyvinvointiteknologiaa. Tämä toteutuu lainsäädännön valossa epätasa-arvoisesti omassa asunnossa olevien osalta. (Turkka 2008.) Turvallinen Koti -hankkeen arviointitutkimuksessa on huomioitu teknologianäkökulma rinnan muiden lähestymistapojen, kuten asia- kasnäkökulman tai taloudellisen näkökulman, kanssa. Teknologian toimivuutta on tutkittu tämäntyyppisessä hankkeessa käytettävyydestä tutkimuksen näkökul- masta, jossa huomioidaan hankkeen eri pilottikohderyhmien erityistarpeet.

Case: ArctiCare-etähuolenpitojärjestelmän arviointi

ArctiCare -etähuolenpitoratkaisu on suunniteltu tukemaan sekä sosiaalitoimea että ter- veydenhuoltoa lisäten samalla turvallisuutta ja varmuutta hätätilanteissa. Järjestelmän avulla pyritään edistämään erityisesti kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia, sel- viytymistä, toimintakykyä ja omatoimisuutta. Kotiympäristön lisäksi järjestelmä voi- daan asentaa myös palvelutaloon tai muuhun vanhustenhuollon laitokseen. (ArctiCare 2010.)

ArctiCare -etähuolenpitoratkaisu on kokonaisvaltainen kommunikaatio- ja hälytysjärjes- telmä, joka koostuu keskusyksiköstä ja asiakaspäätteistä. Yksittäiseen järjestelmään voidaan liittää lukuisia asiakaspäätteitä. ArctiCare -järjestelmään on mahdollista kyt- keä myös kuvapuhelinyhteys, jolla hoitohenkilökunta, ikääntyneet ja heidän läheisensä

voivat kommunikoida keskenään. Järjestelmään liittyy olennaisesti myös sisätila- ja pi-hapiiripaikannus sekä automaattiset hälytystoiminnot, joiden avulla tieto avuntarpeesta välittyy hoitohenkilökunnalle, vaikka ikääntynyt itse ei kykenisi tekemään hälytystä. (ArctiCare 2010.)

ArctiCare -etähuolenpitoratkaisua on pilotoitu Varsinais-Suomen osahankkeessa yhteistyössä Laitilan kaupungin kanssa. Etähuolenpitojärjestelmä kytkettiin osaksi kotiturvallisluuden edistämistä, kuntouttamisen ja laitostasteen vähentämisen avuksi. Turvallinen Koti -hankkeen toteutuksen aikana etähuolenpitojärjestelmän testauksessa oli mukana yhteensä seitsemän Laitilan kotihoidon asiakasta.

Turvallinen Koti -hankkeen arviointitutkimuksen osana suoritettiin etähuolenpitojärjestelmän käytettävyydestä syksyllä 2010. Testauksessa oli mukana kolme hankkeen toteutuksessa mukana ollutta Laitilan kotihoidon asiakasta. Käytettävyydestä suoritettiin asiakkaiden kotona, jolloin testitilanne muistutti aitoa käyttötilannetta. Käytettävyydestäuksen perimmäisenä tarkoituksena oli seurata käyttäjien mentaalimalleja, jolloin teknologian kehittämisen tueksi olisi mahdollista löytää ratkaisuja tuotteen käyttölaadun parantamiseksi.

Käytettävyydestäuksen testimenetelmänä käytettiin ääneenajattelua (engl. thinking aloud). Menetelmän mukaisesti testihenkilöt kertoivat testin aikana, mitä he tekevät. Ääneenajattelu testimenetelmänä auttaa ymmärtämään, millaisia käsityksiä ja harhakäsityksiä käyttäjillä on tuotteesta. Näin ollen testin avulla ei saada selville ainoastaan ongelmia vaan myös syitä näiden ongelmakohtien taustalla. (Riikonen 2006.) Käytettävyydestäuksessa järjestelmän käytön sujumista mitattiin ennalta laadittujen tehtävien avulla. Tehtävät liittyivät kunkin testihenkilön käyttökokemukseen, jotka määrittivät asiakkaan oman käyttötarpeen mukaisesti. Testitilanteet dokumentoitiin videolle, minkä lisäksi testin suorittaja teki muistiinpanoja testin kuluessa. Käytettävyydestin pohjalta testin suorittaja laati profiilin kullekin testihenkilölle sekä selvitti järjestelmän käytettävyyso ongelmia ja muita parannusta ja korjausta vaativia kohtia.

Käyttäjä A oli 94 -vuotias rouva, jolla etähuolenpitojärjestelmän käyttötarkoituksena on ollut päivittäin yhden kotipalvelun lääkkeenottotarkastuksen suorittaminen virtuaalisesti. Käyttäjän A palveluun liittyi yhteydenotto kotipalvelun toimesta. Käyttäjä A:lla ei ollut käytössään muita etähuolenpitojärjestelmään liittyviä yhteyksiä tai palveluja. Testitilanteessa käyttäjä A kertoi laitteen olevan turha, koska kotipalvelu käy joka tapauksessa samassa talossa ja voi hänen mielestään käydä samalla myös hänen luonaan. Testin alussa käyttäjä laittoi virrat päälle pistorasiayksiköstä (käyttäjää on ohjeistettu, että virtoja ei saa ottaa pois päältä). Laitteen käynnistyessä näyttöön ilmestyi virheilmoitus. Käyttäjä ei tiennyt, mitä virheilmoitukselle pitäisi tehdä. Testitilanteessa ilmeni, että käyttäjä oli turhautunut, eikä hän ollut käyttänyt laitetta pitkään aikaan. Käyttäjä kertoi luottavansa, että kotihoidon henkilökunta tulisi käymään hänen luonaan ja

hän pitää laitetta vain ylimääräisenä sähkönkuluttajana. Sähkönkulutus on myös syynä siihen, miksi hän oli ottanut laitteesta virrat pois. Kotihoidon toimipisteestä soitettaessa käyttäjä epäroi pitkään, miten hänen tulee toimia. Järjestelmän käyttöliittymä on käyttäjälle outo ja se sekä hämmentää että vaivaa häntä. ”Miksi minun kuvaani ei ole?” (Kuva on niin pieni, ettei käyttäjä näe sitä.) Kuvapuhelun jälkeen käyttäjä ei muistanut, mitä hänen pitäisi tehdä. Käyttäjä ei reagoinut myöskään avustajan ohjeistukseen, joten testin suorittaja päätti puhelun painamalla kosketusnäytöllä ollutta symbolia.

Käyttäjän A profiili käyttötötestauksessa:

- Järjestelmän miellyttävyys: negatiivinen
- Asenne järjestelmää kohtaan: laitevastainen
- Kyvyt ja mahdollisuudet käyttää järjestelmää: ei esteitä
- Turvallisuus: ei tuo turvallisuudentunnetta
- Käyttäjän käyttö: haparoivaa, ei rutiininomaista, luovuttavaa

Käyttäjä B oli niin ikään 94-vuotias rouva, jolla oli käytössään edellä mainitun kaltainen kotihoidon virtuaaliyhteys. Kotihoidon yhteyden lisäksi käyttäjä B:n etähuolenpitojärjestelmään oli liitetty myös kahdeksan omaisyhteyttä, joista kahden omaisen kanssa yhteydenpito oli ollut päivittäistä. Testauksen aikana ilmeni, että käyttäjä on vastaanottanut aina saapuvat kuvapuhelut, mutta ei ole itse soittanut (”Ei ole tarvetta”). Kotihoidosta ei asiakkaalle ollut soitettu pitkään aikaan. Käyttäjä kertoi laitteen olevan hyvä ja toimiva. ”Kuva jää joskus pois.” Testitilanteessa mukana ollut omainen epäili kuvayhteyden poisjäännin liittyvän siihen, että käyttäjällä kestää välillä kauemmin vastata puheluun. Tällöin aikaviive on ollut pitkä ja kuvayhteys on jäänyt pois. Käyttäjän mukaan kuvayhteys on etähuolenpitojärjestelmän merkittävin ominaisuus (”Pääsee kylään.”). Sekä omaisten että kotipalvelun suorittamaan kuvapuheluun vastaaminen ei tuottanut käyttäjälle ongelmia. Läsnaölleen omaisen avustuksella käyttäjä myös soitti toiselle omaiselle. Ensimmäinen soittoyritys ei onnistunut liian lyhyen painalluksen vuoksi. Toisella yrityksellä testin suorittaja avusti käyttäjää (”Pitää laskea kolmeen.”).

Käyttäjän B profiili käyttötötestauksessa:

- Järjestelmän miellyttävyys: positiivinen
- Asenne järjestelmää kohtaan: laitemyönteinen
- Kyvyt ja mahdollisuudet käyttää järjestelmää: ei esteitä
- Turvallisuus: ei tuo turvallisuudentunnetta, mutta mahdollistaa sosiaalisen yhteydenpidon
- Käyttäjän käyttö: vastaaminen sujuva, soittaminen haparoivaa

Käyttäjä C oli 73-vuotias insinööriherra. Hänellä oli käytössään yhteys kotihoitoon sekä kaksi omaisyhteyttä. Käyttäjä C kertoi, ettei laite toimi ja että kotihoidon henkilökunta ei ole soittanut kuvapuheluita pitkään aikaan. Käyttäjä ei ole myöskään ollut aikoihin

yhteydessä omaisiinsa järjestelmän avulla. Aloitettaessa testitilannetta, laitteessa oli virrat päällä. Käyttäjä paineli näytössä olevia painikkeita (näytön säästäjä) sekä koski hiirtä (käyttäjää on ohjeistettu, että hiirtä ei saa käyttää). Käyttäjä otti kuvapuheluyhteyden kotihoidon toimipisteeseen, mutta yhteys ei avautunut eikä näyttöön ilmestynyt virheilmoitusta. Testitilanteessa selvisi, että yhteyden epäonnistuminen ei johtunut laiteviasta, vaan kotihoidossa oli parhaillaan kuvapuheluyhteys toiseen asiakkaaseen. Kotipalvelun järjestelmä oli ilmoittanut, että käyttäjä C yritti soittaa. Käyttäjä otti uudeleen yhteyden kotihoitoon ja toimi epäröimättä. Samoin käyttäjä toimi epäröimättä, kun kotihoidosta otettiin yhteyttä häneen.

Käyttäjän C profiili käyttötötestauksessa:

- Järjestelmän miellyttävyys: neutraali
- Asenne järjestelmää kohtaan: laitemyönteinen
- Kyvyt ja mahdollisuudet käyttää järjestelmää: ei esteitä
- Turvallisuus: ei tuo turvallisuudentunnetta
- Käyttäjän käyttö: rutinoitua, uskaliaista

Käytettävyydestä suunnettiin siten, että testaustilanteessa saataisiin videokuvattua toimintatarinoita. Käyttäjät eivät testitilanteessa kuitenkaan kyenneet toimimaan suunnitellusti, joten testi eteni pääosin käyttäjien ehdoilla, mutta avustajaa käytettiin palauttamaan mieleen, jos käyttäjän toiminta lamaantui. Kaksi kolmesta käyttäjästä osasi toimia hyvin järjestelmän kanssa. Yksi käyttäjistä luovutti, mutta syy tähän oli varmaan laitteen toimimattomuudessa, mikä oli aiheuttanut turhautumisen ja laitteen vastaisen asenteen.

Testauksissa tuli esille seuraavia asioita:

- Pääsääntöisesti järjestelmän käyttö oli helpohkoa.
- Hyvät kokemukset edistivät positiivista asennoitumista järjestelmään.
- Järjestelmä ei lisännyt turvallisuudentunnetta.
- Kuuloke oli hyvin tunnistettu painike sekä puhelun aloittamiseen että lopettamiseen.
- Soiton pituus (kun käyttäjän puhelin soi) oli liian lyhyt.
- Painalluksen pituus (kesto) järjestelmän reagoimiseksi ei ollut käyttäjille selvä.
- Selausnäppäinten käyttö oli epäselvää (soittamisessa kaikkien valintojen näkyviin saamiseksi).
- Virheilmoituksia ei tullut, vaikka oli virheellinen tai epäselvä tilanne.
- Käyttäjille oli jätetty järjestelmässä kiinni oleva hiiri, vaikka ohjeistettiin olemaan koskematta siihen,

Kehittämisehdotukset:

1. Symbolien käyttö ja kosketusala

Kuulokkeiden väreinä olivat punainen ja vihreä eli värit, jotka eivät sovellu puna-vihersokeille. Kuulokkeiden värit olisi hyvä muuttaa ja samalla miettiä niiden kokoa. Nyt suurin osa näytöstä on tyhjää. Kuulokkeista voisi tehdä suuremmat, jolloin niiden kosketusreagointiala myös suurensi.

Aloituksen puhelimen symboli olisi hyvä olla samankaltainen kuin muut käytössä olevat vastaavat symbolit. ”Puhelun soittaminen” - teksti on turha. Tässä aloituksessa voisi myös kosketuspintaa, tekstiä ja symbolia suurentaa.

2. Palaute, virheilmoitukset ja toiminnan suunnittelu niin, että virheitä estettäisiin

Jokaisesta toiminnasta pitäisi tulla selkeä ilmoitus, toiminta onnistui tai ei onnistunut. Kosketusalan suurentaminen lisäisi onnistuneiden kosketusten määrää ja täten virheitä estettäisiin. Ilmoitukset voisivat olla ääni-ilmoituksia, jotka olisi helppo mieltää, Ääni-ilmoitukset olisivat esim.: ”Yritä uudelleen”, ”Paina pidempään”, ”Soitan kohteeseen”, ”Puhelu on lopetettu”, ”Kohde on varattu”.

Operointia varten järjestelmässä on hyvä olla hiiri, mutta jos sen käyttö toivotaan olevan käyttäjiltä estetty, niin hiirtä ei pitäisi jättää käyttäjille. Operointia suorittavat henkilöt voivat tuoda hiiren mukanaan.

3. Näytön käytön suunnittelu

Jo aiemmin tuli mainittiin kuulokkeiden koosta ja siitä, että suurin osa näytöstä on käyttämättä. Soittolista on nyt suunniteltu niin, että se kasvaa pituuttaan, jolloin josakin vaiheessa, kun kohteiden määrä on tietty, näyttöä täytyy vierittää painamalla ylhäällä tai alhaalla olevaa nuolta.



Kuva 6. Kuuloke-symbolit



Kuva 7. Puhelun aloittaminen -symboli

Näytössä alaspäin vierittävä nuoli on osaksi ”Lopeta puhelu” -painikkeen alla. Tämä painike on turha tässä vaiheessa.

Näytössä on myös Etsi vaihtoehto. Tämä lienee liian vaativa toiminto.

Sallitut puhelut voidaan asemoida näytölle 2-3 rinnakkain, jolloin vierityspakko pienee. Tämä voi toisaalta vaikeuttaa kohteen löytämistä. Erilaiset näyttöasemoinnit voisivat olla valittavissa käyttäjien mukaan.

4. Käyttäjäkohtaiset asetukset

Järjestelmään tulisi saada käyttäjäkohtaiset asetukset, joilla mm. voitaisiin määritellä

- Kuinka pitkään kosketukseen reagoidaan. Vapina saattaa vaikeuttaa pitkään painallusta.
- Kuinka pitkään soittohälytys on päällä, jos ei vastaaja vastaa. Käyttäjä saattaa olla hidasliikkeinen, jolloin hän tarvitsee aikaa vastataksaan.
- Miten soittoilista esitetään.
- Annetaanko ääni-ilmoituksia ja millä voimakkuudella.

5.5 Osaamisen tuottamisen arviointi

5.5.1 Interaktiivinen HyvinvointiTV oppimisalustana

Päivi Immonen-Orpana

Palveluinnovaatiot ovat viime vuosina nousseet vahvasti teknologisten innovaatioiden rinnalle; palveluissa innovaatiotoiminta on lähes yhtä yleistä kuin teollisuudessa. Tämä poikkeaa voimakkaasti perinteisestä käsityksestä, jonka mukaan palvelualat ovat pääasiassa teollisuuden kehittämien palvelutuotteiden kuluttajia ja käyttäjiä, eivät itsenäisiä innovaatioiden kehittäjiä. Tutkimus- ja innovaatiotilastoinnissa palveluinnovaatio ymmärretään paljolti samalla tavalla kuin teknologiset innovaatiot. Palveluinnovaatio on uusi palvelu tai sellainen olemassa olevaan palveluun tehty uudistus, joka on pantu täytäntöön ja joka tuottaa hyötyä kehittäjälleen. Tämä hyöty on tavallisesti seurausta siitä lisäarvosta, jonka uudistuksen käyttöönotto tai hyödyntäminen tuottaa asiakkaalle. Lisäksi uudistuksen tulee olla uusi sen kehittäneelle yritykselle. (Suomen Akatemia 2008.)

Laurea-ammattikorkeakoulun opiskelijat ovat osallistuneet hyvinvointipalveluinnovaatioiden kehittämiseen osana Turvallinen Koti - hankkeen Hyvinvoin-

tiTV - ohjelmatuotantoa ja osana ammatillisia opintojaan. Vaikuttavuuden arviointi voidaan jakaa panoksiin, toimintaan, tuotoksiin ja vaikutuksiin. Opiskelijoiden osaamisen kehittyminen on yksi tarkasteltava osa-alue hankkeen vaikuttavuuden arvioinnissa. (Suomen Akatemia 2008.) Turvallinen Koti - hankkeessa vaikuttavuuden kehikon tarkastelualueita on kuvattu alla olevassa taulukossa (Taulukko 15)

Taulukko 15. Oppimisen ja osaamisen kehittymisen indikaattorikehikko Turvallinen Koti -hankkeen osaamisen kehittymisen arvioinnissa.

1. Panokset	Lähtötilanne - olemassa oleva tieto ja osaaminen
2. Toiminta	Koulutus/ opintojaksot, jotka toteutettiin osittain tai kokonaan HyvinvointiTV - ohjelmatuotannossa
3. Tuotokset	Uusi tieto ja osaaminen sekä näiden leviäminen ja hyödyntäminen
4. Vaikuttavuus	Tiedollisten ja muiden osaamiseen liittyvien valmiuksien paraneminen

Indikaattorikehikon sisältö

Turvallinen Koti -hankkeessa opiskelijoiden oppimista, oppimisprosessia ja osaamisen kehittymistä arvioitiin parannettujen Vee-heuristiikkojen avulla, koska sen käytöstä oli saatu hyviä kokemuksia jo aikaisemmissa tutkimuksissa (Immonen-Orpana 2008 a, b, 2009). Heuristiikka on yleinen malli, joka vertauskuvallisesti ja arviolta ilmaisee ongelman ratkaisuun tarvittavan päättelyrakenteen. Se luokitellaan korkealaatuisen oppimisen metakognitiiviseksi työkaluksi, sillä se ohjaa opiskelijan oppimista. Vee - heuristiikkaa pidetään metodina, joka johtaa nopeasti yleensä riittävän lähelle parasta mahdollista lopputulosta oppimisprosessissa. (Åhlberg 1993.) Parannetussa Vee-heuristiikassa on kymmenen askelta (kysymystä) korkealaatuiseen oppimiseen, ajatteluun ja toimintaan, jotka noudattavat indikaattorikehikon panos-, tuotos- ja vaikutavuusnäkökulmia. Åhlbergin (1993) Vee - heuristiikan kysymystä 9 oli tarkennettu seuraavaan muotoon: ”Osaaminen: Mitkä ovat oppimisprosessini keskeisimmät tiedolliset ja taidolliset tuotokset?”



Kuvio 22. Parannettu Vee-heuristiikka (Åhlberg 1993).

Kaikki ne opiskelijat, jotka osallistuivat koko opiskelijaryhmänä tietyn opintojakson suorittamiseen HyvinvointiTV:n ohjelmatuotannossa, seurasivat omaa oppimisprosessiaan ja osaamisensa kehittymistä parannettujen Vee-heuristiikkojen avulla. Näitä opiskelijoita oli 133 ja he edustivat fysioterapian (N=66) sekä hoitotyön (N=67) koulutusohjelman opiskelijoita.

PANOKSET

Vee-heuristiikan kysymykset 3 ja 4 kartoittivat opiskelijoiden lähtötason tietojen ja -käsitteellistä ja teoreettista perustaa - ohjelmasisällöstä ja kohteena olevasta asiakasryhmästä ennen opintojakson alkua. Hoitotyön opiskelijat olivat valinneet ohjelmasisällön niin, että heillä oli runsaasti aikaisempaa käsitteellistä ja teoreettista tietoa aiheesta. Vastaavasti fysioterapeuttio opiskelijat alkoivat ohjelmasuunnittelun perehtymällä valitsemaansa ohjelmateemaan tai sovittamalla aikaisemmin opitun tiedon asiakasryhmän tarpeisiin. Heille sekä

asiakasryhmä että ohjelmasisällön teemat olivat uusia, joskin muissa ammat-
tiopinnoissa fysioterapiamenetelmät olivat tulleet esille, mutta ei juuri ky-
seessä olevalle asiakasryhmälle.

Esimerkkejä sairaanhoitajaopiskelijoiden vastauksista

*(3) "Tiesin jo aika paljon koska korkea verenpaine ja sen ehkäi-
sy on tärkeä osa myös monia sairauksia, joten se on tullut esille
jo hyvin monta kertaa."*

*(4) "Suolan vähentäminen, elämäntapaohjaus ja terveellinen
ruokavalio"*

*(3) "Aihe oli melko tuttu, koska sitä oli juuri käsitelty toisella
kurssilla ja lisäksi oli perustieto aiheesta"*

Esimerkkejä fysioterapeuttiopiskelijoiden vastauksesta

*(3) "Emme tienneet kehitysvammaisuudesta juuri mitään ennen
projektia. Tämän vuoksi aihe kiinnostikin meitä ja oli yksi va-
lintakriteereistä. Oppimisprosessia hankaloitti ryhmän tausta-
tietojen puuttuminen, sekä ryhmän monimuotoisuus (erilaisia
vammoja), tämän vuoksi yksilöllinen suunnittelu oli hankalaa."*

*(4) "Käsitteinä tuttuja olivat toimintakyky, fyysinen-, psyykki-
nen- ja sosiaalinen hyvinvointi, ryhmäliikunta. Kehitysvammai-
suus ja erityisliikunta käsitteinä eivät olleet kovin tuttuja, jo-
ten jouduimme avaamaan niitä itsellemme. Käsitteiden avaa-
minen sai työn etenemään helpommin ja auttoi suunnittele-
maan ja perustelemaan liikevalintoja."*

TOIMINTA

Vee-heuristiikan kysymykset 5, 6, 7 ja 8 kuvasivat oppijan toimintaa ohjelma-
tuotannon perustaksi. Sekä sairaanhoitajaopiskelijat että fysioterapeuttio-
piskelijat suorittivat HyvinvointiTV -ohjelmatuotannossa ammatillisia opintojaan,
joissa asiakkaan/potilaan ohjaaminen oli keskeisenä tavoitteena. Fysiotera-
peuttiopiskelijoilla opintojaksot liittyivät fysioterapian vuorovaikutustaitoihin,
ohjaamiseen ja opettamiseen tai fysioterapian soveltamiseen erilaisille asia-
kasryhmille; sairaanhoitajaopiskelijoiden opintojakso liittyi asiakkaan ohjaami-
seen, auttamiseen ja tukemiseen hyvinvointiteknologiaa hyödyntäen.

Kaikki opiskelijat löysivät haluamansa taustatiedon joko kurssimateriaaleista
tai tiedonhaun kautta eri tietokannoista. Opiskelijoiden valmiudet kansainvä-
listen tietokantojen käyttöön vaihtelivat suuresti. Suuri osa sairaanhoitajaopis-
kelijoista luotti tunnilla jaettuun materiaaliin, fysioterapeuttiopiskelijat luot-

tivat tietokantoihin sekä useamman ohjelman suunnitelmassaan myös asiakkailta tulleeeseen palautteeseen. Opiskelijat kuvasivat toimintaansa seuraavasti:

Esimerkkejä sairaanhoitajaopiskelijoiden toiminnasta:

"Tiedonlähteet olivat internet-lähteet, sisätautien tenttikirjat. Minun piti hankkia tarpeeksi tietoa aiheesta ja yleisistä periaatteista korkean verenpaineen ehkäisyyn. Tosi asiallisesti hankittua seuraavia lähteitä: sisätautien tenttikirja oli hyvä lähde sekä luotettavat internet-lähteet, kuten sydänliiton sivut. Koska ennalta ehkäisyssä tärkeintä ja lähes ainoat seikat ovat terveet elämäntavat ja liikunta joten painotin niitä. Myös jos tieto on luotettavasta lähteestä voin olettaa sen olevan oikea. Koska ennalta ehkäisyssä tärkeintä ja lähes ainoat seikat ovat terveet elämäntavat ja liikunta joten painotin niitä. Myös jos tieto on luotettavasta lähteestä voin olettaa sen olevan oikea."

Esimerkkejä fysioterapeuttiopiskelijoiden toiminnasta:

"Oli etsittävä tietolähteistä tietoa ja valmistettava niiden perusteella mahdollisimman hyvä lihaskestävyyttä harjoittava ohjelma. Ohjelman tulisi olla tarpeeksi helppo iäkkäille. Iäkkäiden harjoittelusta löytyi paljon tietoa, mutta kaikki tieto ei ollut tieteellisesti perusteltua. Löysin liikaakin "vanhentunutta tietoa". Kaikki ihmiset tietävät, että liikunta on hyväksi meille kaikille, iästä riippumatta. Liikunnan vaikutuksia iäkkäiden toimintakykyyn on tutkittu paljon, ja saatu hyvin pitkälti samankaltaisia tuloksia. Ylipäätensä tulokset ovat sen suuntaisia, ettei itse lajilla ole niinkään väliä, vaan sillä, että liikkuu."

TUOTOKSET ja VAIKUTTAUVUUS

Vee -heuristiikan kysymykset 9 ja 10 kuvasivat oppijan käsitystä oman osaamisensa kehittymisestä ohjelmatuotantoprosessissa ja toisaalta opiskelijan antamaa arvoa saavutetulle osaamiselle ja oppimisprosessille. Åhlbergin (1993) Vee -heuristiikan kysymystä 9 oli tarkennettu seuraavaan muotoon: "Osaaminen: Mitkä ovat oppimisprosessini keskeisimmät tiedolliset ja taidolliset tuotokset?"

Tutkimuksen alussa vain puolet opiskelijoista koki oppineensa ohjelmatuotannon aikana. Hankkeen edetessä lähes kaikki opiskelijat kokivat saaneensa arvokasta osaamista. Alkuodotukset olivat ammatillisen osaamisen alueella, mikä selitti opiskelijoiden kokemuksia. Sairaanhoitajaopiskelijat eivät kokeneet saaneensa uutta tietoa, mutta sen sijaan ohjaus- ja vuorovaikutustaitoja.

Hankkeen edetessä korostui edelleen vuorovaikutustaitojen ja asiakkaan kohtaamisosamisen merkitys. Hyvinvointitelevisio oppimisympäristönä koettiin hyvin arvokkaana.

Esimerkkejä sairaanhoitajaopiskelijoiden oppimiskokemuksista:

”HTV oli aivan uusi asia minulle, joten siinä toimimista tuli opittua. Itse aiheesta en oppinut juurikaan lisää, koska minulla oli siitä jo niin vahva tietopohja ennestään. Keskeistä oli siis oppia lisää vuorovaikutusta TV-ruudun välityksen kautta. Tämä aihe ei ollut oppimiseni kannalta kovin hyödyllinen, koska juuri tiesin siitä paljon entuudestaan. HTV:n käyttö ja ohjelman suunnittelu olivat sen sijaan hyödyllisiä oppimisprosesseja. Vahvistimme tietämystämme näistä sairauksista, opimme vuorovaikutus- ja ohjaamistaitoja sekä yhteistyötaitoja.”

YHTEENVETOA

Vee-heuristiikka osoittautui monipuoliseksi tiedonkeruumenetelmäksi sekä opiskelijoiden oppimisprosessin että heidän kokemansa osaamisen kehittymisessä. Seuranta-aikana opiskelijoiden käsitykset oman osaamisensa kehittymisestä muuttuivat siten, että ammatillisten kompetenssien sijaan huomio siirtyi yleisten kompetenssien arviointiin. Oppimisprosessiaan he pitivät pääsääntöisesti arvokkaana. Tiedonhankinnan ja päättelynkuvausten perusteella opiskelijoita tulisi jatkossa ohjata enemmän kriittiseen oman toiminnan arviointiin sekä oman toiminnan perusteluun.

Oppimisalustana ja oppimisympäristönä HyvinvointiTV soveltui hyvin asiakkaan ohjaamiseen liittyvien opintojaksojen toimintaympäristöksi. Hankkeen edetessä asiakasryhmät monipuolistuivat ja opiskelijoilla oli mahdollisuus harjoitella osaamistaan myös eri-ikäisten asiakkaiden kanssa. Opiskelijoiden ohjausmäärät ohjelmatuotannossa vaihtelivat. Fysioterapeuttiopiskelijat ohjasivat yleensä ohjelmasarjoja, noin 4-5 ohjelmakertaa ja sairaanhoitajat noin 2 ohjelmakertaa. Tämä selitti osaltaan fysioterapeuttiopiskelijoiden hyvin positiivisia oppimiskokemuksia. Useampi ohjelma samalle asiakasryhmälle näytti antavan myös mahdollisuuden tiiviimmän vuorovaikutussuhteen synnylle ja asiakaspalutteen hyödyntämiselle ohjelmatuotannossa.

Osaamisen ja oppimisprosessin arviointiin osallistuneiden 133 opiskelijan noin 600 ohjelmasesssiä olivat vain osa kokonaisuohjelmatuotannosta, mutta tulokset antavat hyvän kuvan interaktiivisen HyvinvointiTV:n mahdollisuuksista tukea niin ammatillisia kuin korkeakoulututkintoon kuuluvia yleisiä osaamisalueita.

5.5.2 Asiantuntijoiden osaamisen kehittyminen ja työn muutos

Elina Vuorio

Yksilöiden hyvinvoinnin ja voimavarojen edistämiseen tarvitaan moniammatillista asiantuntijaryhmän osaamista. Tällöin työn lähtökohtana tulee olla asiakkaan ja hänen omaistensa ja läheistensä odotukset, tarpeet ja elämäntilanne (Lehto 2008). Tämä pätee myös hyvinvointiteknologian hyödyntämiseen kansalaisten yhtenä palvelumuotona. Ohjaus- ja neuvontapalvelujen kehittämisen tarkoituksena on tuottaa uuden tietoteknisen tiedon perusteella esim. vuorovaikutukseen perustuvia ja sitä kehittäviä sovelluksia. Tällöin mahdollistettaisiin ennalta ehkäisevät hyvinvointipalvelut, vahvistettaisiin ihmisten itsenäistä suoriutumista ja esteetöntä osallistumista vuorovaikutukseen esimerkiksi ikätovereiden tai läheisten kanssa. Eri kohderyhmille suunnatun hyvinvointiteknologian käyttöönotto vaatii paljon työntekijöiltä, myös käyttäjäkunnan motiivointia ja opastusta. Siten vuorovaikutus, sosiaalinen tuki ja kokemusten vaihto ovat merkittävässä roolissa laitteiden käyttöönotossa. (Esim. Vuorio 2009.)

Turvallinen Koti -hankkeen arviointitutkimuksen yhtenä tarkastelun osa-alueena on ollut osaamisen ja asiantuntijuuden kehittyminen. Tämä on ollut painopisteenä erityisesti Varsinais-Suomen osahankkeessa. Osaamisen ja asiantuntijan näkökulman tarkastelussa keskitytään työn muutokseen ja hyvinvointipalvelujen rakenteisiin. Yhteiskunnallinen muutos on kytköksissä asiantuntijuuden kehittymiseen. Tieteidenvälinen koulutus ja moniammatillinen osaaminen ovat nykyään kysyttyjä ominaisuuksia työmarkkinoilla. Tämä suuntaus pätee myös hyvinvointitoimialan toimijakenttään: sosiaali- ja terveysalojen asiantuntijoilta odotetaan moniammatillista osaamista ja kehittävän työn otetta. (Esim. Eteläpelto & Tynjälä 2005; Kirjonen, Remes & Eteläpelto 1997.)

Sosiaali- ja terveysaloilla on paljon edellä kuvailtua hiljaista asiantuntijatietoutta, jonka näkyväksi tekeminen on ollut tärkeää Turvallinen Koti -hankkeessakin. Asiantuntijoiden näkökulma on huomioitu hankeprosessin eri vaiheissa, esimerkiksi niin ePalvelujen sisältöjen suunnittelussa kuin asiakasvalintojen tekemisessä. Alan asiantuntijoiden rooli on ollut tärkeä myös siinä yhteydessä, kun on tehty tulkintoja toimintatutkimuksen kautta saadusta aineistosta. Tällöin raportoinnissa on tullut hyvin huomioiduksi asiantuntijoiden ääni, tietojen paikallinen tulkinta. Kun analysoidaan tietoja ajallisena jatkumona, voidaan löytää asiakkaiden hyvinvoinnin myönteisiä ja kielteisiä kehityskulkuja ja arvioida teknologian merkitystä asiakkaiden ja alan työntekijöiden arjessa. Tietojen tulkinta edellyttää paikallisasiantuntemusta: millainen on

toimintaympäristö, resurssit ja millaisia menetelmiä kunnissa käytetään asukkaiden hyvän elämän edistämiseksi.

Hyvinvointitekologiaa sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden arjessa on tutkittu maassamme toistaiseksi vähän. Tämän takia Turvallinen Koti -hankkeessa saadut tulokset voivat synnyttää jatkotutkimuksen tarpeita aihepiiristä. Turvallinen Koti / OMANA-osahankkeen yhtenä kiinnostuksen kohteena on ollut selvittää tätä erityiskysymystä Varsinais-Suomen näkökulmasta.

Asiantuntijoiden näkemykset hyvinvointiteknologian merkityksestä arjen työssä

Turvallinen Koti / OMANA-osahankkeen toimesta haastateltiin ryhmähaastatteluna, focus group -haastatteluna, maaliskuussa 2011 Laitilan (N=5), Salon (N=3) ja Turun (N=4) paikallisia yhteistyökumppaneita, jotka ovat olleet mukana aktiivisesti hankkeen toiminnassa. Lisäksi tulosityhteenvedossa huomioitiin soveltuvien osien v. 2009-2010 vastaavaa aineistoa. Kaiken kaikkiaan näihin haastatteluihin on osallistunut 28 eri henkilöä sosiaali- ja terveystoimialan kentältä.

Laitilan, Salon ja Turun asiantuntijoiden mukaan lisääntynyt teknologia ei ole tuonut ainakaan vielä kovin suuria muutoksia työntekijöiden perustyön sisältöön ja arkeen. Tekniikka on kehittynyt viime vuosien aikana paljon ja sen toimintavarmuus on lisääntynyt kuten myös käytön helppous.

”Esimerkiksi tämä etähuolenpitojärjestelmä ei ole kovin monimutkainen ainakaan työntekijöiden käyttää, jos vain tekniikka toimii aina, sillä kyse on Skype-pohjaisesta ratkaisusta. HyvinvointiTV:seen liittyvistä pc-yhteyksistä en osaa vielä sanoa paljonkaan, mutta ainakin asiakkaat tuntuvat osaavan käyttää laitetta.”

Toisaalta, uuden teknologian laitteiden käyttö voi edelleen olla osalle ongelmallista, sillä asenteet uusia asioita kohtaan voivat olla negatiivisia, eikä tekniikkaa välttämättä nähdä työvälineenä, jonka kautta saadaan aikaan hyviä asioita asiakkaiden näkökulmasta. Asennemuutoksen aikaan saaminen vaatii työtä - kyse on työntekijöiden pelon voittamisesta. Kun tässä onnistutaan, teknologian käytöstä arjen apuvälineenä yleensä pidetään. Näin ollen osalla hankkeessa mukana olleella sosiaali- ja terveysalan työntekijällä (tieto)tekniset valmiudet ovat lisääntyneet ja pilottikokeilu on monipuolistanut työtä. Tästä huolimatta esimerkiksi palvelukeskusympäristöissä kiire ja asiakkaiden huonokuntoisuus saattavat estää ja / tai vaikeuttaa työntekijöiltä uusien asioiden

kokeilua ja omaksumista, vaikka ne voisivat tuoda lisää sisältöä ja apua työntekijöiden arjen työhön vanhustenhuollossa.

”Hankkeen myötä on syntynyt uutta osaamista tekniikan kanssa työskentelyyn. Nykyään uskaltaa rohkeammin kokeilla asioita, on ylpeä, kun osaa tehdä jotain, ja toisaalta voi ennakkoluulottomammin opetella uutta.”

”HyvinvointiTV-laitteen käyttö on selkeä (hyvät käyttöohjeet ja helpdesk-toiminnot). Periaatteessa ryhmänohjaustaitoja se on kehittänyt eli mitä tarvitaan virtuaalimaailmassa. Tulevaisuudessa laite ja sen toiminnot voisivat mahdollistaa monipuolista yhteydenpitoa eri verkostoissa (esim. omaiset, vertaisryhmät ja työntekijäkonsultaatiot). Työntekijänäkökulmasta on saatu siis uudenlaista vuorovaikutuskokemusta.

Hyvinvointiteknologiasta on silti oltu kiinnostuneita ja esimerkiksi HyvinvointiTV-ohjelmia ja ePalveluja pitämässä olleet asiantuntijat (esim. Salon tiistairyhmässä vierailleet asiantuntijat ja Laitilan Terveyskodin ja Kotikunnaan asiantuntijat ns. yleisissä HyvinvointiTV-ohjelmissa ja ePalveluissa) ovat olleet innostuneita tällaisesta työmuodosta. Haastateltavat kokivat HyvinvointiTV:n ja etähuolenpitojärjestelmän mahdolliseksi uudeksi työvälineeksi perinteisten laitteiden lisäksi lähitulevaisuudessa. –Vaikka kokeilun alkuvaiheessa on saattanut mennä paljonkin aikaa uusiin asioihin perehtymisessä, niin jossakin vaiheessa menetetty aika varmasti tulee säästönä takaisin.

”Tämä on tulevaisuutta, joka pitää maantieteellisesti laajassa kunnassa ottaa huomioon ja käyttää uuden tekniikan hyviä puolia. Kyllähän se on, että iltalääkkeiden ottoa voitaisiin valvottusti ottaa etäohjatusti ... Joskus olisi sellainen iltahoitaja, joka katsoisi esimerkiksi 10 ihmisen osalta iltalääkkeiden oton valvontaa ... Suuri haaste on saada omaiset mukaa tähän, koska kyllä me saadaan nämä asiakkaat paljon helpommin mukaan tähän ... Pitäisi markkinoida ja saada tästä sellainen valtakunnallinen trendi ... Myös omaisyhteydet ovat tärkeä osa tätä. Se on sitä sosiaalisuuden tukemista, joka tosin ei kuulu kunnan vastuulla oleviin lakisääteisiin palveluihin..”

Haastattelutulosten mukaan usein ajatellaan, että pelkkä hoitotyö on ns. oikeaa työtä, kun toimitaan vanhustenhuollon kentällä. Vaaditaan kulttuurin muutosta nähdä ja ymmärtää myös erityyppinen hoitotyö tärkeänä. Turvallinen Ko-

ti -hankkeen kaltaiset pilottikokeilut vahvistavat uskoa siihen, että erilaisia hoitomuotoja aletaan tulevaisuudessa arvostaa enemmän ja apua uskotaan saatavan muustakin toiminnasta (esimerkiksi sosiokulttuurisista toimintamuodoista) kuin lääketieteellisestä hoidosta.

Paikallisten asiantuntijoiden mukaan on hienoa, että he ovat tällä hetkellä tietyllä tavalla edelläkävijöitä hyvinvointiteknologian hyödyntämisessä, mikä tulee olemaan arkipäivää esimerkiksi muissakin kunnissa lähitulevaisuudessa. Kaiken kaikkiaan kokeiluun osallistuminen on poikinut uutta yhteistyötä ja hyvää mainetta.

”Kyllä meillä kaupungin vanhustenhuollossa on tullut sellainen vahva kokemus, että me tullaan ottamaan hyvinvointiteknologia aktiivisesti käyttöön jatkossakin ... Uudella tekniikalla pystytään saavuttamaan useita kymmeniä, jopa satoja, henkilöitä, mutta ns. massojen saavuttaminen vaatii kaupungilta työntekijöpanosta. Vaikka siis esimerkiksi matkakuluista säästetään, niin henkilöstöresursseja tarvitaan enemmän tähän uudenlaisen virtuaalipalvelun käyttöön. Ei se tekniikka loppujen lopuksi ihmistä korvaa.”

”Hankkeessa mukana oleminen on kuitenkin hyvä esimerkki ulospäin, että ollaan kehityksessä mukana ja kiinnostuneita yhteistyöstä.”

5.6 Turvallinen Koti -hankkeen teknologiset ratkaisut

Mika Arvola, Ville Nieminen

HyvinvointiTV perustuu videoneuvottelutekniikkaan ja toimii Internetin kautta. HyvinvointiTV:seen kuuluvat HyvinvointiTV-laitteet sekä -ohjelmistot. Järjestelmä on suljettu ja vaatii asiakkuuden. HyvinvointiTV:stä on käytössä kolme erilaista toteustapaa. Näiden lisäksi asiakkailla on mahdollisuus ottaa käyttöönsä oheislaitteita, jotka integroituvat HyvinvointiTV:seen. Perus-HyvinvointiTV-laitteisto koostuu tietokoneesta, näytöstä, kamerasta ja kaiutinmikrofonista tai headset -kuulokkeista, joissa on kuulokkeiden lisäksi mikrofoni. Lisälaitteisiin kuuluvat etämittarit ja turvarannekkeet. HyvinvointiTV:n laitetoimittaja Turvallinen Koti -hankkeessa on ollut Videra Oy. Lisälaitteita ovat toimittaneet Medixine Oy (etämittarit) ja Everon Oy (turvarannekkeet).

5.6.1 HyvinvointiTV ja muut teknologiat

Tässä luvussa esitellään eri HyvinvointiTV -laitteistokokoonpanot. Kaikki laitekokoonpanot toimivat toistensa kanssa samassa järjestelmässä. HyvinvointiTV on toteutettu Vidyo -videoneuvotteluohjelmistoilla. Vidyo-järjestelmään kuuluvat palvelin- ja asiakasohjelmistot. Vidyo mahdollistaa monipisteneuvottelut videoneuvottelusilloilla, eli palvelimilla, jotka jakavat äänen ja kuvan käyttäjille. Palvelimia ylläpitää Videra Oy.

Asiakasohjelmisto on saatavilla eri alustoille. Vidyo-järjestelmä pystyy siirtämään HD-tasoista teräväpiirtokuvaa ja jakamaan tietokoneen työpöydän muille käyttäjille. Kuvan- ja äänenlaatu kuitenkin riippuu käytettävissä olevan Internet-yhteyden nopeudesta. Vidyo-järjestelmä käyttää skaalautuvaa videokoodia (H.264 SVC (Scalable Video Coding)), joka osaa muuttaa kuvanlaatua dynaamisesti yhteyden nopeuden mukaan. Vidyo tukee lähes kaikkia USB-liitäntäisiä video- ja audiolaitteita.

HyvinvointiTV:n lähetyksen keskus on nimensä mukaan tarkoitettu ohjelmien lähettämiseen asiakkaille. Tämän lisäksi lähetyksen keskuksia on käytössä Espoon palvelutaloissa, joissa ryhmät voivat osallistua lähetyksiin. Lähetyksen keskuksat ovat muita kokoonpanoja järeämpiä ja monipuolisempia ratkaisuja. Lähetyksen keskus koostuu keskusyksiköstä (kodekki/codec), isosta TV-ruudusta (yleensä noin 40 tuumainen teräväpiirtotelevisio), videoneuvottelumikrofonista ja kauko-ohjattavasta kamerasta, jota voi kääntää ja zoomata (Pan-Tilt-Zoom, PTZ). Laitteistoa ohjataan kaukosäätimellä. Lähetyksen keskuksilla voidaan myös jakaa tietokoneen työpöytä muille erillisen tiedonsiirtokaapelin avulla (VGA-liitäntä).

Mikrofonijärjestelmää on mahdollista laajentaa mm. ulkoisella äänentoistolla, jolloin asiakkaille saadaan lähetettyä laadukkaampaa ääntä, esimerkiksi muusiikkia.

Asiakkailla on pääsääntöisesti käytössä kosketusnäyttölinen HyvinvointiTV-pääte. Kosketusnäyttöä varten on luotu erillinen helppokäyttöinen käyttöliittymä. Hankkeessa on ollut käytössä kaksi erilaista kosketusnäyttöratkaisua. Vanhempi kosketusnäyttöratkaisu koostuu erillisestä keskusyksiköstä sekä 14 tuuman kosketusnäytöstä, joka on yleensä liitetty isompaan näyttöön, esimerkiksi asiakkaan omaan televisioon. Uudempi ratkaisu on 22-tuumainen kosketusnäyttö, johon on sisäänrakennettu tietokone. Molempiin ratkaisuihin kuuluu web-kamera ja pöytämikrofoni.

Asiakkaan kosketusnäytöllä ovat painikkeet, joiden avulla asiakas voi ottaa suoraan yhteyden esimerkiksi omaiseen tai HyvinvointiTV-lähetykseen. Tämän

lisäksi painikkeiden takaa voidaan tarkastella tulevaa ohjelmatarjontaa tai Palvelutorin kautta omia mittaustuloksia. Kosketusnäytön näkymä voidaan räätälöidä jokaiselle yksilölliseksi, mm. yhteydenottopaikat voidaan määrittellä asiakkaan tarpeen mukaan. Samoin voidaan käyttää esimerkiksi pelkästään kuvakkeita, jos asiakkaan on vaikea lukea. Kosketusnäytön kautta löytyy myös puhelinluettelo, jonka kautta on mahdollista soittaa kahdenkeskisiä kuvapuheluita (point-to-point) muiden HyvinvointiTV-käyttäjien tai esimerkiksi joko asiakkaan omaisen tai omaisten kanssa.

Mobiiliratkaisulla tarkoitetaan pelkkää HyvinvointiTV-ohjelmistoa (eli Vidy-ohjelmistoa). Ohjelmisto asennetaan käyttäjän omalle tietokoneelle. Ohjelmisto on saatavilla Windows-, Linux- ja Mac OS X -käyttöjärjestelmille. Ohjelmiston lisäksi käyttäjä tarvitsee vielä web-kameran ja mikrofonin. Tarvittaessa asiakkaille on toimitettu sama web-kamera ja pöytämikrofoni kuin kosketusnäyttöissä laitteissa käytetään. Monesti pöytämikrofonin tilalla on kuitenkin ollut headset-kuulokkeet, joilla on helpompi pitää kahdenkeskisiä keskusteluja. Mobiiliratkaisuja on ollut käytössä sekä asiakkaiden omaisilla että asiantuntijoilla.

Muut testatut teknologiat

HyvinvointiTV:n lisäksi hankkeessa on ollut käytössä sekä Medixinen etämittareita ja Everonin turvapiiriratkaisuja. Näihin teknologioihin kuuluvat laitteiden lisäksi myös verkkopohjaiset hallintakäyttöliittymät.

Medixinen hankkeessa käytössä olleet etämittarit ovat verenpainemittari ja vaaka. Mittarit lähettävät automaattisesti arvot Medixinen palvelimelle matkapuhelimen välityksellä. Arvoja voidaan katsoa HyvinvointiTV:seen integroidun Medixinen Palvelutorin kautta. Myös sairaanhoitajalla ja lääkärillä on pääsy asiakkaiden tietoihin vastaanottoja varten.

Etämittaripakettiin kuuluu myös Palvelutori-ohjelma, jonka kautta käyttäjä pystyi seuraamaan mittauksiaan ja syöttämään niitä myös manuaalisesti. Hankkeen aikana verenpaineen ja painon pystyi mittamaan etämittareilla, jotka lähettivät tulokset automaattisesti Medixinen palvelimelle ja edelleen Palvelutorille. Palvelutorin kautta pystyi myös syöttämään verensokerin arvon ja arvioimaan omaa kuntoaan VAS-kipujana- ja Hyvinvointijanamittareilla.

Palvelutorin lisäksi HyvinvointiTV:ssä toimivat eSairaanhoitajat ja eLääkärit pystyivät katsomaan asiakkaidensa tuloksia Medixinen asiakaskäyttöliittymästä. Asiakaskäyttöliittymää käytetään oman tietokoneen ja selaimen avulla. Sen

kautta toimijat voivat myös kirjoittaa muistiinpanoja asiakkaista. eSairaanhoitaja ja eLääkäri ovat pystyneet kommunikoimaan toistensa kanssa asiakkaiden tilasta tällä tavalla.

Esimerkki: Kotikäyttäjällä on käytössä Medixinen etämittarit sekä viikottainen vastaanotto eSairaanhoitajan kanssa. Joka aamu käyttäjä mittaa painon ja verenpaineen kotonansa, ja tulokset siirtyvät langattomasti Medixinen palvelimelle. Viikottaisessa eSairaanhoitajan vastaanotossa keskustellaan viikon aikana tulleista tuloksista. eSairaanhoitaja näkee tulokset omalta koneelta Medixinen asiakaskäyttöliittymästä, eikä hänen tarvitse mennä asiakkaan luokse, tai asiakkaan tulla sairaanhoitajan luokse terveyskeskukseen.

Everon Oy on toimittanut hankkeelle kaksi erilaista turvarannekeratkaisua. Care -turvaranneke toimii vain oman kodin alueella. Care-järjestelmään kuuluu kotiin asennettava vastaanotin, joka lähettää rannekkeen hälytykset eteenpäin ja jonka kautta hälytyksen vastaanottaja voi ottaa puheyhteyden asiakkaaseen. Vega -rannekkeeseen on lisätty paikannus- ja GSM -ominaisuudet. Vegan avulla voidaan tehdä hälytyksiä myös kodin ulkopuolelta. Tämän lisäksi hälytyksen vastaanottaja voi paikantaa rannekkeen käyttäjän www-linkin ja kartta-palvelun avulla. Myös Vega-rannekkeeseen kuuluu vastaanotin, joka asennetaan käyttäjän kotiin. Vastaanottimen avulla voidaan ladata ranneke sekä vähentää rannekkeen akunkäyttöä.

Everonin turvarannekkeisiin kuuluvat myös asiakaskäyttöliittymät, joita ohjataan oman tietokoneen ja selaimen avulla. Care-rannekkeen käyttöliittymästä löytyy asiakkaan sekä asiakkaan tukiverkoston tiedot sekä konfigurointitiedot. Konfigurointitietoja voidaan myös muokata käyttöliittymästä, esim. jos tukiverkostossa tapahtuu puhelinnumeron muutos, voidaan uusi numero päivittää käyttöliittymässä. Vega-rannekkeen käyttöliittymän avulla voidaan tarkkailla asiakkaan tietoja, sekä nähdä, missä asiakas on kartalla. Kumpikin käyttöliittymä on tarkoitettu asiakkaan tukiverkoston käyttöön, ei itse asiakkaalle.

5.6.2 Arcticare -etähuolenpitojärjestelmä

Arcticare-laitteisto perustuu tavalliseen kosketusnäytölliseen PC-tietokoneeseen ja toimii Internetin kautta. Laitteistoa voi käyttää joko kuva-puheluihin ja paikannukseen ja hälytykseen tai pelkästään jompaankumpaan käyttötarkoitukseen. ArctiCare-etähuolenpitoratkaisu voidaan asentaa omaan kotiin, palvelukotiin tai muuhun vanhustenhuollon laitokseen. Kyseessä on kokonaisvaltainen kommunikaatio- ja hälytysjärjestelmä, joka koostuu keskusyk-

siköstä ja asiakaspäätteistä. Yksittäisessä järjestelmässä voi olla lukuisia asiakaspäätteitä.

Ratkaisu tarjoaa useita palveluita niin vanhuksille, hoitohenkilökunnalle kuin omaisillekin. Sen avulla vanhukset voivat kommunikoida vaivattomasti kuvapuheluyhteyden avulla omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa. Lisäksi järjestelmään voidaan liittää erilaisia sähköisiä lisäpalveluja, kuten pelejä, ohjattuja harrastuksia ja yhteydenpitoa erilaisiin tapahtumiin. ArctiCare-järjestelmään voidaan myös liittää sisätila- ja pihapiiripaikannus sekä automaattiset hälytystoiminnot, mikäli vanhus ei itse kykene tekemään hälytystä apua tarvitessaan. ArctiCare tarjoaa turvallisuutta myös henkilökunnalle. Järjestelmästä saadaan kattava raportti tapahtumista, jotka voidaan arkistoida myöhempää käyttöä varten.

Arcticaren toiminnot

Arcticaren testattuina toimintamuotoina on kuvapuhelumuinaisuus sekä paikannus ja hälytykset. Molemmat toimintamuodot toimivat toistensa kanssa samassa järjestelmässä. Laite perustuu Microsoft Windows XP -käyttöjärjestelmään sekä Skype- ja/tai Java-ohjelmistoon. Laitteen virransyöttö on varmistettu kaikissa tapauksissa UPS-järjestelmällä, mahdollistaen laitteen toiminnan esim. sähkökatkosten aikana. Kaikissa muodoissa asiakkaalta on jätetty näppäimistö ja hiiri pois, jolloin asiakkaalle ei jää laitteistosta tietokonemaista kuvaa.

Mikäli Arcticare-laitteistoa käytetään kuvapuhelimenä, käynnistyy laitteisto automaattisesti räätälöityyn kosketusnäytöltä käytettävään käyttöliittymään, joka ohjaa taustalla toimivaa Skypeä. Käyttäjä voi näin ollen teoriassa olla yhteydessä kehen tahansa Skypeä käyttävään henkilöön; teoriassa siksi, että käyttäjä ei itse voi suoraan käyttöliittymästä valita henkilöitä, vaan ne on tehtävä varsinaisen Skype-ohjelmiston kautta. Räätälöity käyttöliittymä on erittäin selkeä, ja puhelinluetteloon voidaan linkittää esimerkiksi valokuva. Linkityksen sekä käyttäjälueutelon ylläpidon hoitaa toimittaja, ja tällä on myös esitetty tehokkaasti Skypeissa olevat mainospuhelut ja -viestit yms.

Käytettävänä laitteistona on sama keskusyksikkö kuin kuvapuhelussakin, mutta tässä ominaisuudessa on asiakkaalta jätetty myös näyttö kokonaan pois, ts. asiakkaan ei tarvitse itse käyttää mitään laitteistoa. Asiakkaan koti tai muu ympäristö jaetaan erikseen valvottaviin tiloihin (vertaa pohjapiirustus). Järjestelmä vertaa asiakkaan (tai oikeammin anturin) sijaintia hälytysääntöihin ja

mikäli näistä säännöistä poiketaan, valvomoon ja ennalta määritellyille apuhenkilöille lähetetään automaattinen hälytys esimerkiksi tekstiviestillä. Hälytyksen vastaanottajia voi olla useita. Esimerkkinä voisi ajatella tilaa parveke, jossa talviaikaan yli kymmenen minuutin oleskelu aiheuttaa hälytyksen. Edellä mainittu anturi voi olla perinteisesti ranteessa, se voidaan ommella vaatteisiin tai esimerkiksi ripustaa kaulaan. Anturissa on myös perinteisempi nappi hälytyksen tekoa varten, jolloin se toimii myös kuten perinteinen turvaranneke. Kaikki hälytykset, kuittaukset yms. kuvauksineen jäävät järjestelmän arkistoon, josta voidaan jälkikäteen muodostaa raportteja minuutin tarkkuudella.

Edellä mainitut ratkaisut voivat olla käytössä myös yhtä aikaa, jolloin esimerkiksi hälytyksen saapuessa voidaan soittaa kuvapuhelu asiakkaalle ja tarkistaa, mikä on tilanne ennen toimenpiteisiin ryhtymistä. Kuvapuhelu voidaan tarvittaessa määrittää avautumaan pakotetusti ilman, että asiakkaan tulee vastata puheluun, jolloin saadaan kuva- ja ääniyhteys asiakkaan luokse.

Tekniset ongelmat

Suurimmat tekniset ongelmat ovat pääsääntöisesti olleet joko tietoliikenneyhteyksien toimimattomuudesta johtuvia tai itse ohjelmistoon liittyviä. Tietoliikenneyhteyden osalta ongelmat ovat useimmiten korjautuneet ADSL-yhteydessä käytettävän modeemin nollaamisella (=resetoinnilla). Järjestelmä voidaan varustaa myös lisävarusteena saatavalla GSM-modeemilla, jolloin ensisijaisen tietoliikenneyhteyden toimimattomuus varmistettaisiin GSM-yhteydellä. Toimittajalla on tämä mahdollisuus joissain toimituksissa tuotantokäytössä.

Ohjelmistoon liittyvät ongelmat johtuivat suurimmalta osalta käyttäjärjestelmän aiheuttamista ongelmatilanteista. Räätelöity käyttöliittymä on ohjelmoitu käyttäen Javaa ja itse käyttöliittymä toimi pääsääntöisesti hyvin, mutta ongelmia aiheutti käyttäjärjestelmänä ollut Microsoft Windows XP, josta ei ollut karsittu esimerkiksi kaikkia päivitysilmoituksia pois. Päivitysilmoitusten ilmaantua ruudulle lopetti varsinainen käyttöliittymä toimintansa tai siirtyi taustalle, aiheuttaen käyttäjälle ongelmatilanteen. Järjestelmää pystyy ylläpitämään etäyhteyden avulla, mutta muuttuvat IP-osoitteet aiheuttivat ongelmia. Tämän tyyppiset ongelmat voisi kiertää joko käyttämällä kiinteää IP-osoitetta, dynaamista DNS-palvelua tai esimerkiksi Logmein-tyyppistä ratkaisua.

Paikannus- ja hälytyspalvelun puolella oli vähäisempiä ongelmia, jotka johtuivat lähinnä tunnistusherkkyiden ja sääntöjen räätälöinnistä. Kun riittävät herkkyydet huonetiloja kohti oli saatu kohdalleen sekä säännöt räätälöityä asiakkaalle sopivaksi, ei ongelmia tai turhia hälytyksiä enää kohdattu mainittavasti.

Projektin aikana ongelmia esiintyi myös esimerkiksi kotipalveluhenkilöstön käytössä olevissa tietokoneissa, mm. Skypen sekä ääniasetusten vuoksi, joiden vuoksi kuvapuheluyhteydet eivät aina toimineet. Näitä ongelmia ei voi kuitenkaan vierittää toimittajan harteille, vaan vastaavat ongelmat ovat arkipäivää erittäin monessa vastaavassa tilanteessa, johtuen mm. useasta käyttäjästä ja koneen käyttötavasta. Vastaavia ongelmia esiintyi myös parilla omaisella, mutta vastaavasti muutamalla omaisella ongelmia ei ollut alkuunkaan.

Loppuarviointi tekniikasta

Itse järjestelmä on idealtaan erittäin käyttökelpoinen, ja pienellä tuotekehittelyllä järjestelmästä on mahdollista saada erittäin toimiva ratkaisu. Esimerkiksi käyttöjärjestelmän vaihtaminen perus-Windows XP:stä enemmän sulauteuksi tai räätälöidymmäksi tarjoaisi mahdollisuuden karsia mm. päivityksistä aiheutuvat ongelmat pois. Myös dynaamisen DNS-palvelun käyttöönotto auttaisi etäkäyttöön liittyvissä ongelmissa; tämän voisi jo kytkeä reitittimen tasolle sekä varayhteyden kautta käytettäväksi esimerkiksi shell-yhteyden, josta voisi varsinaisen tietoliikenneyhteyden käydä nollaamassa toimivaksi.

Itse keskusyksikön vaihtaminen myös pienemmäksi auttaisi piilottamaan laitteiston, nyt käytössä ollut kokoluokka oli turhan iso ja aiheutti tuulettimien hurinalla asiakkaalle hieman häiriötä; kuvapuhelukäytössä taasen käyttöön voisi valita jonkin laitteiston, jossa on itse keskusyksikkö integroitu näytön yhteyteen.

Järjestelmään on myös mahdollista kytkeä esimerkiksi virikkeellistä ja viihteellistä toimintaa, esimerkiksi erilaisten pelien muodossa (muistipelit yms.). Näitä ominaisuuksia ei ollut projektilla käytössä, mutta projektiväki on päässyt ominaisuuksia kokeilemaan toimittajan muissa laitteissa; näiden ominaisuuksien voisi ajatella olevan käytössä kaikissa laitteistotoimituksissa, lisäarvo olisi varmasti mieluinen osalle käyttäjistä.

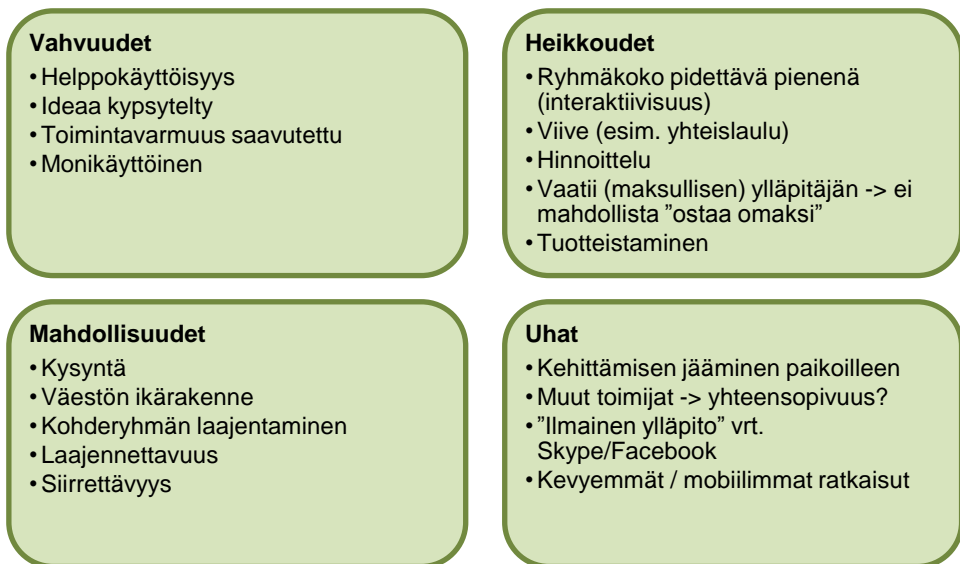
Kaiken kaikkiaan pienen tuotteistuksen ja tuotekehittelyn jälkeen erittäin käyttökelpoinen järjestelmä. Nykyisellään myös esimerkiksi Skypen käyttö itse television sisältä avaa varmasti mahdollisuuksia erittäin moneen tarkoitukseen, mobiililaitteista (ns. tabletit) puhumattakaan. (Kuvio 23)

Kuvio 23. ArctiCare SWOT



5.6.3 Tekniikan arviointi

Alla on esitetty SWOT-analyysi HyvinvointiTV:stä. SWOT-analyysissä esitellään vahvuuksia (Strengths), heikkouksia (Weaknesses), mahdollisuuksia (Opportunities) ja uhkia (Threats). (Kuvio 24)



Kuvio 24. HyvinvointiTV:n SWOT-analyysi

Seuraava taulukko esittelee HyvinvointiTV-laitteiden hyviä ja huonoja puolia. Taulukot ovat jaettu kolmeen eri kategoriaan: HyvinvointiTV-ratkaisut (Taulukko 16), Medixinen etämittarit ja Palvelutori-palvelu (Taulukko 18) sekä Ee-ronin turvarannekkeet (Taulukko 17).

Taulukko 16. HyvinvointiTV-laitteiden hyvistä ja huonoista puolista käyttäjäryhmittäin

HyvinvointiTV -ratkaisu	Hyvää	Huonoa
Lähetyskeskus (ryhmä/palvelutalot)	Iso kuvaruutu	Ääni (taustahäly, tila) Vaatii kamerankäyttäjän
Lähetyskeskus (ohjelman pito)	Liikkuva kamera Iso kuvaruutu Voidaan jakaa työpöydän kuva	Vain yksi kuvakulma Vaatii oman tilansa
Kosketusnäyttö (kotikäyttäjä)	Helppokäyttöinen Iso kuvaruutu Monipuolinen	Paljon johtoja
Kosketusnäyttö (asiantuntija)	Helppokäyttöinen	Paljon johtoja
Mobiili (kotikäyttäjä)	Ei vaadi suuria investointeja Voidaan jakaa työpöydän kuva	Vaatii jonkin verran tietoteknistä osaamista
Mobiili (asiantuntija)	Liikkuu mukana tarvittaessa Voidaan jakaa työpöydän kuva	Vaatii jonkin verran tietoteknistä osaamista Ylläpito

Taulukko 17. Everon turvarannekkeen hyvät ja huonot puolet

Everon turvarannekkeen arviointi		
Ranneke:	+	-
Care	Yksinkertainen Helppokäyttöinen	Kotiin sidottu Vaatii erillisen tukiaseman hälytysten vastaanottoon
Vega	Yksinkertainen Paikannus Puheyhteys	Pitää ladata päivittäin Ei soiton merkkiääntä Ergonomia

Taulukko 18. Medixinen laitteiden ja palveluiden hyvät ja huonot puolet

Medixinen palvelujen arviointi		
Laite/palvelu	+	-
Verenpainemittari	Helppokäyttöinen	Syö pattereita Mansetti jäykkä
Vaaka	Yksinkertainen Varmatoiminen	-
Palvelutori	Selkeä Helppokäyttöinen	Pienet näppäimet Numeroiden syöttäminen hidasta kosketusnäytöltä
Puhelin	Ei vaadi toimenpiteitä asiakkaalta	Ohjelmisto ei pysy toimintakunnossa (vaatii ajoittain uudelleen käynnistämisen)

Tekniset ongelmat

Suurimmat tekniset ongelmat ovat pääsääntöisesti olleet joko tietoliikenneyhteyksien toimimattomuudesta johtuvia tai ääniongelmia. Tietoliikenneyhteyden osalta ongelmat ovat useimmiten korjautuneet ADSL-yhteydessä käytettävän modeemin nollaamisella (=resetoinnilla).

Äänipuolen ongelmat ovat useimmiten liittyneet tavalla tai toisella äänen kiertämisestä johtuviin häiriöihin, koska suurinta osaa tiloista (esimerkiksi asiakkaan koti) ei ole suunniteltu akustisesti videoneuvottelukäyttöön. Myös mahdolliset häiriöäänet (esimerkiksi ovikello) aiheuttavat joskus sen tilanteen, et-

tä ääni kiertää jokaisen yhteydessä olevan asiakkaan kautta hieman eri aikana tietoliikenneyhteyden eri viiveistä johtuen. Ongelmia on ratkottu mm. pöytä-mikrofoneja vaihtamalla sekä toimintatapoja muuttamalla; asiakkaat osaavat pääsääntöisesti sulkea mikrofonin tietyissä tilanteissa ja avata sen itse kun tarvitsevat puheenvuoroa.

Kuvanlaatu on ollut lähes poikkeuksetta erinomainen. Suurin ongelma kuvan laadussa on ollut Internet -yhteyden nopeus. Alhainen nopeus on aiheuttanut sen, että kuva ei ole pystynyt päivittymään tarpeeksi nopeasti tai kuvan laatu (resoluutio) on heikentynyt huomattavasti. Varsinkin kaukana kaupunkien keskustoista asuvat asiakkaat voivat kärsiä hitaista yhteyksistä, koska etäisyydet palveluntarjoajan runkoverkkoon ovat pitkiä.

Videran palvelimet ovat toimineet melko hyvin. Järjestelmä on kaatunut muutamana kerran, aiheuttaen ohjelmien peruutuksia. Ongelmien korjaamiseen on mennyt vaihtelevasti aikaa, aina muutamasta tunnista muutamaan päivään. Järjestelmän vakauteen pitäisi vielä panostaa. Myös järjestelmäongelmista ilmoittamisessa on parantamisen varaa.

Asentajan käyntiä vaativilta laitevioilta ei myöskään olla välttytty. Useimmiten asentajan käynti on ollut riittävä (esim. ohjelmistovika), mutta myös viallista laitteistoa (hajonnutta) on tullut vastaan, johon ei auta kuin laitevaihto. Toimittaja on myös pystynyt osan ongelmista korjaamaan etähallinnan kautta, mikäli laite käynnistyy käyttöjärjestelmään asti sekä tietoliikenneyhteys on toiminnassa. Tämän tyyppisiä ongelmia tuskin kuitenkaan on tilastollisesti ollut enempää kuin esimerkiksi normaalissa tietokoneessakaan.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Turvallinen Koti -hankkeelle haettiin tutkimusluvut hyvän tutkimuskäytännön mukaan sekä Laurea-ammattikorkeakoululta että hankkeessa mukana olevilta kunnilta, jotka myös hyväksyivät luvat. Laurean eettinen toimikunta käsitteli ja hyväksyi tutkimusluvan. Hankkeessa noudatettiin molempien ammattikorkeakoulujen tutkimuseettisiä ohjeita ja käytänteitä.

Tutkimukseen osallistuvat henkilöt olivat sekä kotona että palvelutaloissa asuvia tai palvelutalojen palveluja käyttäviä ikääntyneitä, kehitysvammaisia henkilöitä, mielenterveyskuntoutujia ja lastensuojeluasiakkuuden omaavia perheitä ja nuoria. Koska kaikki osallistuvat yksilöt ja ryhmät olivat eettisesti erittäin haasteellisia, haavoittuvia ja sensitiivisiä, huolehdittiin eettisistä kysymyksistä tarkasti ja suojattiin osallistujien oikeuksia vahvasti. Kaikilta tutkimukseen osallistuneilta asiakkailta pyydettiin kirjallinen suostumus (informed consent). Ennen suostumuksen antamista tutkimuksen tarkoitus ja osallistuvien oikeudet selvitettiin huolella. Erytystä huolelleisuutta ja herkkyyttä osoitettiin tiedonkeruussa kuten haastattelutilanteissa. Jokainen hankkeeseen osallistuva toimi- ja sitoutui ja vahvisti vaitiolovelvollisuuteensa. Hankkeen eri vaiheissa huolehdittiin eettisjuridisista oikeuksista siten, ettei missään tutkimuksen vaiheessa vahingoitettu tutkimukseen osallistuvia henkilöitä. (vrt. Leino-Kilpi & Tuomaa- la 1989, Bandman & Bandman 1995, Holloway & Wheeler 1996, Vehviläinen-Juntunen 1997, Sarvimäki 2007, Topo 2007.) Tutkimusaineisto säilytettiin huolellisesti tutkimusprosessin aikana ja hävitetään hankkeen päättyessä. Tutkimustulokset raportoidaan huolella, dokumentoidaan loppuraportissa ja julkistetaan hankkeen loppuseminaarissa.

6.2 Luotettavuuden tarkastelu

Luotettavuutta tarkastellaan toimintatutkimuksen, aineiston analyysin ja tulosten näkökulmasta. Toimintatutkimuksen luotettavuuden tarkastelu kohdistuu prosessin eri vaiheisiin, tiedonkeruun luonteeseen ja toimijoiden autenttisen äänen kuulumiseen. Toimintatutkimus on ollut haasteellinen, koska hank-

keeseen on osallistunut useita eri käyttäjäryhmiä, asiantuntijoita ja muita toimijoita. Aineiston keruu toimintatutkimussyklin eri vaiheissa eteni kunkin ryhmän ja ryhmän toiminnan mukaan. Tiedonkeruun eri vaiheilla pyrittiin huolellisesti korjaamaan toimintaa kuten esimerkiksi interaktiivisten ohjelmien ajoitusta, sisältöä tai ePalvelujen soveltuvuutta. Aktiivinen ja intensiivinen yhteistyö osallistuvien asiakkaiden, asiantuntijoiden ja eri toimijoiden välillä pidettiin avoimena ja joustavana. Luotettavuutta saattaa osaltaan heikentää joidenkin asiakasryhmien haasteellisuus, huonokuntoisuus tai lyhyt osallistuminen. Näissä tapauksissa saatiin kuitenkin asiantuntijoiden tiedonkeruusta hyödyllistä ja luotettavaa tietoa.

Laadullisen analyysin osalta luotettavuustarkastelussa totuudellisuus, vastavuus ja siirrettävyys ovat oleelliset koko hankkeen ja toimintatutkimuksen ajan. Aineistonanalyysi perustuu nauhoitettuun ja aukikirjoitettuun aineistoon. Analyysin tulokset on otettu huomioon huolella toimintatutkimuksen eri vaiheissa. Tulosten esittelyssä on käytetty myös autenttisia lainauksia. (Esim. Burns & Growe 1997, Hollstein & Cubrium 1997, Nieminen 1997.) Tässä tutkimuksessa käytettiin aineiston analyysissa laadullista sisällönanalyysia ja Glaserin (1978) esittämää Kuuden C:n mallia. Asiakaskyselyssä käytettiin edellisessä KOTIIN-hankkeessa pilotoitua mittaria (Vrt. Lehto 2008, Puoskari 2008).

Tutkimuksessa tuotetun interaktiivisen ohjelmatuotannon ja virtuaalisten eHyvinvointipalvelujen sisällöllistä luotettavuutta tukee se, että sekä osallistuvat asiakkaat että asiantuntijat eri toimintaympäristöistä olivat aktiivisesti mukana hankkeen eri vaiheissa. Arviointi- ja palautetieto hyödynnettiin välittömästi hankkeen aikana. Ohjelmatuotannon ja ePalvelujen toimijoina oli opiskelijoita ja ammatillisen pätevyyden omaavia asiantuntijoita. Hankkeen siirrettävyys eri toimintaympäristöihin ja asiakastilanteisiin on sisällöllisesti ja menetelmällisesti nopeasti mahdollista. Kuitenkin esimerkiksi taloudelliset ja kilpailuttamiseen liittyvät tekijät saattavat viivästyttää ja jopa estää hankkeen tulosten nopeaa ja ketterää hyödyntämistä.

6.3 Tulosten tarkastelu

Turvallinen Koti -hankkeen tuloksena tuotettiin HyvinvointiTV:n ohjelmalustan käytölle kartta (RoadMap), joka sisältää interaktiivisten ohjelmien, ePalvelujen ja omaehtoisen virtuaaliyhteyden sisällöllisen kokonaisuuden. Tuotettu kuvaus on toisaalta valmis konsepti, joka on siirrettävissä eri käyttäjäryhmille suunniteltavien digitaalipalvelujen toteutukseen. Toisaalta kuvaus avoimena kokonaisuutena mahdollistaa uudet ja luovat digitaalipalvelujen to-

teutusratkaisut. Sekä interaktiivisten ohjelmien että pilotoitujen ePalvelujen arviointi asiakasnäkökulmasta ja taloudellisuuskulmasta osoittautui kerätyn palautteen perusteella onnistuneeksi. Toimintatutkimus ja käyttäjälähtöiset menetelmät edistävät ja mahdollistavat autenttisen prosessin yhdessä eri toimijoiden kanssa, jolloin käyttäjien ääni ja osallisuus uuden asian tai innovaation näkökulmasta tulee vahvasti esiin. Heiskanen, Hyvönen, Repo ja Saastamoinen (2007) korostavat käyttäjien merkitystä tuotekehityksessä teknologiaraportissaan, jossa myös kirjallisuuskatsaus ja neljä pilottia vahvistavat käyttäjien roolia niin tutkimuksessa kuin tuotekehityksessä. Myös Raskin (2010) selvityksessä tutkimuspolitiikasta ja sen mahdollisuuksista yhteiskunnassa korostetaan yhtenä kohtana käyttäjien vaatimusten ja odotusten merkitystä. Turvallinen Koti -hanke toteutettiin LivingLab -menetelmällä ja lähestymistavalla, jolloin eri toimijat eri toimintaympäristöissä kehittivät uutta toimintatapaa kuten esimerkiksi virtuaaliyhteyttä tai eVastaanottoa. Ranti ja Kivikanigas (2011) kuvaavat tutkimustoimintaa, joka on käyttäjälähtöistä, tapahtuu tosielämän tilanteissa ja jossa on mukana laaja toimijoiden ekosysteemi.

Tuloksena tuotettiin HyvinvointiTV:n käsitteellinen malli, joka perustui käsitteisiin osallistuminen, vuorovaikutus ja voimaantuminen. Käsitteellinen malli koostuu edistävistä tekijöistä, estävistä tekijöistä, sisällöistä ja menetelmistä sekä HyvinvointiTV:n merkityksellisyydestä osallistujille. Hankkeessa sekä asiakkaat että asiantuntijat ovat olleet tärkeässä roolissa koko hankkeen kehittämisen näkökulmasta. Heidän osallistumisensa, arviointiensa ja yhteisten Workshop-tapaamisten tulosten perusteella hanketta on viety eteenpäin asiakasvetoisesti. Käyttäjien osallistuminen tuottaa parannuksia palvelujen toimivuuteen ja käytettävyyteen. Myös Heiskanen ym. (2007) mukaan käyttäjien kokemukset ja palaute tuottaa virikkeitä tuotteiden hyödyllisyyden ja miellyttävyyden kehittämiseen sekä uusia tuoteideoita yrityksille. Yksi näkökulma käyttäjälähtöisyyden korostamisessa on teknologian haluttavuus. Myös Raappana & Melkaksen (2009) mukaan tuotteiden ja palveluiden käyttö voi olla tuloksellisempaa, jos tuotteet ja palvelut koetaan houkutteleviksi. Asiakkaiden ja kaikkien asianosaisten tulisi selkeästi tiedostaa, mihin tarpeeseen teknologia voi vastata. Teknologian ja siihen liittyvien palvelujen toimivuus on koko yhteiskunnallisesti merkittävä kehittämiskohde. Huolella tehty suunnittelu maksaa itsensä takaisin myöhemmin. (Raappana & Melkas 2009.)

Eri käyttäjien palautteessa korostui osallistuminen, vuorovaikutus, voimaantuminen ja näiden heijastuminen turvallisuuden tunteeksi ja aktivoitumiseksi. Aikaisempien tutkimusten mukaan (vrt. Monkkönen 2007) voimaantuminen on prosessi, joka lähtee ihmisestä itsestään, mutta johon vaikuttaa se, uskooko työntekijä asiakkaan mahdollisuuksiin. Ihmisen muutoshalukkuus edellyttää

tunnetta, siitä, että elämässä on jatkuvuutta, ennustettavuutta ja tunne siitä, että omaan elämänkulkuun voi vaikuttaa. Pelkästään yksilöillä ei ole riittävästi vaikutusvaltaa, vaan muutoksen voimavaroja etsitään myös yhteisöstä. Voimaantumista tapahtuu sosiaalisessa prosessissa, jolloin vuorovaikutus muiden kanssa on merkittävä voimaantumiseen vaikuttava tekijä. Myös Rostilan (2001) mukaan pyrkimys parantaa asiakkaan tai vähävoimaisen asiakasryhmän tilannetta perustuu asiakkaan omiin voimavaroihin ja toiveisiin.

Teknologia

Useilla eri asiakasryhmillä pilotoitiin sekä HyvinvointiTV-yhteyttä että muita hankkeen käytössä olleita teknologioita. HyvinvointiTV:n käytettävyys oli arviointiaineiston perusteella eri käyttäjien ja asiantuntijoiden mielestä helppoa. Etäterveydenhuollon käyttöönottoon vaikuttavista tekijöistä tehdyn tutkimuksen mukaan toiminatamalliin liittyviä tekijöitä on mm. helppokäyttöisyys, hyöty ja tarve käytölle. Nämä tekijät näkyvät myös Turvallinen Koti -hankkeen toiminnassa ja teknologian käyttöönotossa. Työntekijöihin liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat erilaisen etäterveydenhuollon käyttöön ovat asenteet ja ajanpuute. Tärkeinä asioina olivat myös kokeilumahdollisuus, tietoteknisen tuen saatavuus sekä työntekijöiden teknologiasuuntautuneisuus. Käytön helppouden liittyviä asioita olivat tekninen helppokäyttöisyys sekä laitteiden saavutettavuus ja toimivuus. Tekniset ongelmat ja häiriötekijät vaikeuttivat käyttöönottoa ja aiheuttivat peruuntumisia. Etäterveydenhuollon etuna nähtiin hoitomahdollisuuksien ja hoidon tulosten paraneminen sekä potilaiden mahdollisuus saada enemmän tukea hoitoonsa. (Vuononvirta ym. 2009.) Aikaisempien tutkimusten mukaan vaihtoehtoisten teknologisten ratkaisujen edelleen kehittämistä tarvitaan vastaamaan eri käyttäjäryhmien odotuksia virtuaalipalvelujen saatavuuteen. Lehdon (2008) tutkimuksessa mm. HyvinvointiTV:n teknologian arvioinnit kohdistuivat kuvan laatuun ja äänen viiveeseen. Lyhytkin odotusaika saattaa aiheuttaa päällekkäistä ja häiritsevää puhetta. Myös tietokoneen kosketusnäytön kehittäminen siten, että näytön teksti olisi riittävän suurta esimerkiksi ohjelmatietojen lukemiseen.

6.4 Uudet toimintamallit

Hankkeessa pilotoitiin virtuaaliyhteyttä asiakkaan ja asiantuntijan välillä. Nuoren ja sosiaalityöntekijän välisestä virtuaaliyhteydestä tehtiin prosessikuvaus ja laskettiin kustannukset. Erilaisten kokousten ja neuvotteluiden sekä koulutusten käyttömahdollisuudet ovat rajattomat etäteknikan hyödyntämisessä. Matkoihin menevä aika voidaan käyttää muuhun työhön, vaikka välillä kokouksiin mentäisiinkin paikanpäälle. Oman työajan ja työn tekemisen selkeyttäminen sekä erilaisten etämahdollisuuksien kokeilut tuovat henkilökunnalle lisää aikaa asiakastyöhön. Kaikkea ei voida virtuaalisilla yhteyksillä korvata, mutta se tuo hyvän lisän tehostaen omaa työtä ja tuoden siihen myös erilaista sisältöä. Uskallusta ja rohkeutta vaaditaan ottaa uusia työtapoja käyttöön ja miettiä, mitä voisi itse tehdä toisin.

Monien kuntien tavoitteena on erilaisten sähköisten palvelujen kehittäminen. Asiakkaan ja asiantuntijan välistä virtuaaliyhteyttä on kuitenkin käytössä Suomessa vähän. Osittain tämä johtuu yhteensopivien laitteiden puuttumisesta, asiakasryhmien valmiuksista, mutta myös toimintamallien puuttumisesta. Myös keskustelu siitä, kenen vastuulla on yhteyden pitoon tarvittavien laitteiden kustantaminen, asiakkaan vai kunnan. Kaikilla ei ole mahdollisuutta tavallisen tietokoneen käyttöön yhteydenpidossa. Pitäisikin miettiä, miten nämä asiakkaan voivat erilaisin sovelluksin päästä mukaan kehittyviin uudistuviin palveluihin, joita voidaan tuottaa suoraan kotiin. Hankkeessa on tuotettu uusia palveluita ja toimintamalleja niiden toteuttamiseksi. Kuntien pitäisi ottaa rohkeammin käyttöön uusia ratkaisuja palvelujen saatavuuden parantamiseksi ja palvelujen laadun turvaamiseksi.

6.5 Osaamisen tuottaminen

Uuden teknologian omaksuminen vaatii integroitumista olemassa oleviin työprosesseihin ja henkilöstöt erilaisten asenteiden ja valmiuksien huomioon ottamista. Tehokas ja vaikuttava käyttö edellyttää monia muutoksia kuten työprosessien ja rakenteiden uudistamista, palveluiden ketjuuntumista, tehtävien muuttamista sekä johdon ja henkilöstön osaamisen päivittämistä. Henkilöstöstä nousee vahvasti esiin uudenlaiseen osaamiseen liittyvän koulutuksen tarve sekä osaamisen puutteellisuuden vaikutus tuottavuuden vähenemiseen. Teknologian käyttö voi helpottaa työtä esimerkiksi etätöiden mahdollistamisen, eri palveluntuottajien yhteisten potilastietokantojen ja sähköisen lomakkeiden tai

dokumenttien siirron myötä. Tärkeäksi nousee kaikkien työntekijöiden riittävä osaaminen teknologian tehokasta käyttöä varten. (Raappana & Melkas 2009.)

Hankkeessa tuotettut eVastaanotot uusina toimintamalleina asiakkaan ja asiantuntijan väliseen virtuaaliseen yhteydenpitoon edellytti asiantuntijan innostuneisuutta. Suurin osa hankkeen toimijoista asennoitui myönteisesti ja halusi itse oppia uuden teknologian tuomia mahdollisuuksia. Myös Raappanan & Melkaksen (2009) mukaan teknologian käyttö vaatii kuitenkin aikaa perehdyttämiselle. Hyvin hoidettuna perehdyttäminen lievittää muutosvastarintaa ja ehkäisee ennalta teknologian kielteisiä vaikutuksia. Olennaista on perusteellinen, osaamistason huomioon ottava, koko henkilöstölle suunnattu ja jatkuva perehdyttäminen riittävin aikaresurssein. Uuden teknologian käyttöönotto mahdollistaa rakenteelliset uudistukset, uudet prosessit ja toimintamallit, uudenlaisten verkostojen luomisen sekä yhteistyön lisäämisen yli perinteisten organisaatiorajojen. Kansteen (2011) mukaan yksi merkittävä tekijä hoitohenkilöstön myönteisten työasenteiden muodostumiseen on onnistunut johtajuus. Johtajuudella on keskeinen merkitys myös työhyvinvoinnin kannalta. Hyvinvointi puolestaan vaikuttaa työn tuottavuuteen, terveyspalveluiden ja hoidon laatuun sekä asiakastyytyväisyyteen. Johtajuudella on tärkeä merkitys myös erilaisen teknologian käyttöön otossa. Esimiehen sitoutuneisuus, mukana olo ja innostuneisuus saavat myös henkilökunnan sitoutumaan teknologian kokeiluun ja käyttöön osana omaa työtään. Myös henkilökunnassa pitää olla muutosagentti, joka vie asiaa työyhteisössä eteenpäin perehdyttäen ja kannustaen muita mukaan. Tällöin saadaan uutta teknologiaa jalkautettua osaksi työtoimintaa.

Opiskelijoiden osaamisen tuottaminen on ollut keskeisessä roolissa molempien ammattikorkeakoulujen näkökulmista. Opiskelijat ovat olleet LbD-toimintamallin mukaisesti kumppaneina mm. suunnittelemassa uutta, tuottamassa interaktiivisia ohjelmia ja ePalveluita sekä aktiivisina toimijoina yhdessä hanketyöntekijöiden kanssa. Opiskelijat ovat saaneet uudenlaista virtuaaliosaamista asiakkaan sekä ohjaukseen että neuvontaan, mutta toisaalta myös osaamista kohdata uudella tavalla asiakkaita. Tämä tuo omat haasteensa mm. vuorovaikutustilanteiden rakentamiseen sekä oman toiminnan suunnitteluun.

Hankkeessa yritykset ovat saaneet aidon toimintaympäristön ja säännöllistä käyttäjäpalautetta sekä korkeakoulujen tutkimustoiminnan etuja ja medianäkyvyyttä. Kunta- ja kolmannen sektorin toimijat ovat saaneet käyttökokemuksia eri teknologioista niin asiakkaiden kuin työntekijöidenkin näkökulmasta. Lisäksi sosiaali- ja terveysalojen työntekijöiden asiantuntijaosaaminen on karttunut. Eri teknologia-alustojen testaaminen ja Turvallinen Koti -hankkeen aikana saadut toimintatutkimuksen tulokset ovat täydentäneet toisi-

aan tärkeällä tavalla sekä asiakasryhmä-, läheis- ja sosiaali- ja terveysalojen asiantuntijaverkostojen että teknologioiden erilaisuuden kautta.

6.6 Jatko haasteet

Turvallinen Koti -hankkeessa tutkittiin, kehitettiin ja tuotettiin HyvinvointiTV:n ja vaihtoehtoisten teknologisten ratkaisujen avulla sekä interaktiivista ohjelmatuotantoa että ePalveluja eri asiakasryhmille usean eri toimijan avulla. Toimintatutkimus ja käyttäjälähtöisyys edistivät hankkeen sisällöllisiä ja menetelmällisiä ratkaisuja. Kuitenkin selkeä haaste kohdistuu räätälöityihin, kohdistettuihin ja yhteistoimintaan perustuvien ohjelmälähetysten ja ePalvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Myös ns. vertaistuotannon lisääminen ja tukeminen esimerkiksi asiakasvetoisessa ohjelmatuotannossa edellyttää lisäsuunnittelua, vahvistamista ja tutkimista. ePalvelujen laadullisuus, saatavuus ja kustannuslaskenta tarvitsee vahvaa suunnittelua ja panostusta sosiaali- ja terveysalalla. Erityisenä haasteena on ePalvelujen kustannusten ja hinnoittelun perusteet.

Interaktiivista ohjelmantuotantoa tuotettiin hankkeessa jokaiselle käyttäjäryhmälle. Yksinäisyyden väheneminen sekä vertaiskeskustelut nousivat tärkeiksi etenkin ikääntyneiden kohderyhmässä. Tällainen ennaltaehkäisevä toiminta saattaa jatkossa vähentää muista kuin terveydellisistä syistä yhteydenottoja ja käyntejä mm. terveyspalveluihin. Jo muutaman asiakkaan näin vähentyneet kustannukset säästävät henkilökunnan aikaa ja tuovat laatua asiakkaiden elämään. Toisaalta säästetyt kustannukset nousevat nopeasti laitekustannuksia suuremmiksi jo pienellä aikavälillä. Esimerkiksi kotikäyntien korvaaminen tai päivystyskäyntien väheneminen tuovat helposti säästöjä. Hankkeessa on toteutettu virtuaalista kerhotoimintaa. Jatkossa eKerhot voitaisiin toteuttaa esim. toisen palvelutuottajan tai vertais- / vapaaehtoisohjaajan avulla. Hankkeessa saatujen kokemusten mukaan myös virtuaalitapaamisissa onnistuu ryhmäytyminen. Saatujen kokemusten mukaan kohtaaminen tuntuu käyttäjistä samalta kuin joku olisi vieraillut heidän luonaan. Samoin asiakkaat voisivat osallistua esimerkiksi oman seurakuntansa eHartaushetkiin tai hengelliseen kerhoon virtuaalisesti.

Edelleen jatkohaasteeksi muodostui uusien eHyvinvointipalvelujen sisältöjen, palvelujen saatavuuden ja vaikuttavuuden systemaattinen tutkiminen ja arvioiminen. Turvallinen Koti-hankkeen loppuvaiheessa käynnistettiin HyvinvointiTV:n konseptin hyvien käytänteiden arviointiprosessi yhdessä Terveiden ja

Hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa. Tavoitteena on saada tulokset aikaan loppuvuodesta 2011.

Eri toimijoiden kuten esimerkiksi kirjaston ja seurakunnan kanssa aloitettu yhteistyö haastaa edelleen uusien ideoiden, ratkaisujen ja käyttäjälähtöisten palvelutuotteiden kehittämistyöhön. Myös koulutuksen kehittäminen vastamaan digitaalisten palvelujen ja eHealth-palvelujen suunnittelua, kehittämistä ja tutkimista on iso haaste Turvallinen Koti -hankkeen molemmille ammattikorkeakouluille ja niiden sidosryhmille niin kansallisella kuin kansainvälisellä tasolla. Virtuaalipalvelujen siirrettävyys, tutkimus ja jatkoinnovaatiot ovat merkittävä mahdollisuus ja haaste.

Lähteet

Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa Heikkinen, H.,

Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä - toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena Kustannus. 11-24.

Ahtiainen, M. & Auranne, K. 2007. Hyvinvointiteknologian määrittely ja yleisesittely. Teoksessa: Suhonen, L. & Siikanen, T. (toim.) Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla - hyöty vai haitta? Lahden ammattikorkeakoulun julkaisusarja C Artikkelikokoelmat, raportit ja muuta ajankohtaiset julkaisut, osa 26. Tampere: Tampereen yliopistopaino (Juvenes Print).

An, J-Y., Hayman, L., Panniers, T. & Carty, B. 2007. Theory development in nursing and health care informatics: A model explaining and predicting information and communication technology acceptance by healthcare consumers. *Advances Nursing Science* (3), 37-49.

ArctiCare 2010. ArctiCare Etähuolenpitoa - Varmuutta, turvallisuutta ja seura. Viitattu 25.8.2010. <http://www.arcticare.com/arcticare.html>.

Armanto, A. 2005. Teknologia ikääntyneiden kotona selviytymisen tukijana. Teoksessa Helminen, J. (toim.) Hyvinvoinnin rakentajat. Näkökulmia hyvinvointityön ja sen edellyttämän ammatillisen osaamisen kehittämistarpeisiin Uudellamaalla. Helsinki: Multiprint. 199-216.

Aro, P., Harmo, P., Kainulainen, A., Linnavuo, M., Pakarinen, T. & Viitala, S. 2008. Teknologia-avusteisia asumissovelluksia senioreille. Teknillinen korkeakoulu. SOTERA. Espoo.

Bandman, E. L. & Bandman B. 1995. Nursing ethics through the lifespan. 3. edition. Connecticut: Appleton & Lange.

Burns, N. & Grove, S.K. 1997. Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization. 3 ed. USA: W.B. Saunders Company.

Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystalouden laskutushinnastoon 1.4.2010 alkaen. (Sosiaali- ja tervetystoimi, taloushallinto, perusturvajohtaja 14.4.2010 § 14).

Eteläpelto, A. & Tynjälä, P. 2005. Oppiminen ja asiantuntemus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia. 2. muuttumaton painos. Porvoo: WSOY.

Glaser, B. G. 1978. Theoretical sensitivity. *Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, California: Sociology Press.

Gothoni, R. 1990. Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki. Tutkimus kalliolaisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Suunnitteluosasto. Helsinki.

Hallipelto, A. 2008. Paras tuottakoon! Hyvinvointipalvelujen tulevat markkinat. Kunnallissalan kehittämissäätiö. Polemia-sarja 68. Helsinki.

Hautamäki, A. 2008. Kestävä Innovointi. Innovaatiopolitiikka uusien haasteiden edessä. Sitran raportteja 76. Helsinki: Edita Prima.

Heikkinen, H. 2001. Toimintatutkimus - Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola,

J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus. 170-185.

Heikkinen, E. 2003. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Tampere: Tammer-Paino.

Heiskanen, E., Hyvönen, K., Repo, P. & Saastamoinen, M. 2007. Käyttäjät tuotekehittäjinä. Teknologia katsaus 216/2007. Tekes. Helsinki: Painotalo Miktor.

HelsinkiMissio, 2010. Voisitko olla avuksi? Aamukorva on kuulolla. Viitattu 9.11.2010. <http://www.helsinkimissio.fi/?sid=17>

Hirsch, T., Forlizzi, J., Hyder, E., Goetz, J., Stroback, J. & Kurtz, C. 2000. The ELDER Project. Social, Emotional and Environmental Factors in the Designing of Eldercare Technologies. Viitattu 10.3.2009. <http://portal.acm.org/toc.cfim?id=355460&type=proceeding&coll=portal&dl=ACM&FID=51012845&CFTOKEN=60831788>.

Hoening, H., Sanford, J., Butterfield, T., Griffiths, P., Richardsson, P. & Hargraves K. 2006. Development of a teletechnology protocol for in-home rehabilitation. Journal of Rehabilitation Research and Development 2006; 43 (2): 287-298.

Hokkanen, L. & Astikainen, A. 2001. Voimia omaishoitajan työhön. Sotiemme veteraanien omaishoitajille suunnatun projektin arviointia ja johtopäätöksiä. Sosiaali- ja terveystieteiden keskusliitto. Hyvinvoinnin tukiverkoston julkaisuja 1/2001. Tampere: Kirjapaino Öhrling.

Holloway, I. & Wheeler, S. 1996. Qualitative research for nurses. Oxford: Blackwell Science.

- Holstein, J.A. & Gubrium, J.F. 1997. Active interviewing. In: Silverman, D. (ed.) *Qualitative research theory, method and practice*. London: Sage Publications. 113-129.
- Holma, T. 2003. *Laatua vanhustyön arkeen: Suunta ja välineet kehittämistyön arkeen*. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Hyysalo, S. 2006. *Käyttäjätieto ja käyttäjätutkimuksen menetelmät*. Helsinki: Edita Prima.
- Hyysalo, S. 2009. *Käyttäjä tuotekehityksessä - Tieto, tutkimus, menetelmät*. (User in product development - Knowledge, Research, Methods). Taideteollisen korkeakoulun julkaisu B 97. Helsinki.
- Hämäläinen, J. 2007. Sosiaalipedagogiikan kaksi kehityslinjaa. *Sosiaalipedagoginen aikakausikirja* 8(1), 9-16.
- Hämäläinen, J. 2008. Nuorten osallisuus. Teoksessa *Sosiaalipedagoginen aikakausikirja, Vuosikirja 9. Vuosikerta 2008*, 13-34. Kuopio: Kopijyvä.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2008:3. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki.
- Immonen-Orpana, P. 2008a. "Ei tarvii maata vanhainkodissa kymmentä vuotta jos ei halua". Teoksessa Kallioinen, O. (toim.) *Oppiminen Learning by Developing -toimintamallissa*. Laurea julkaisusarja A 61. Vantaa. <http://markkinointi.laurea.fi/julkaisut/a/a61.pdf>
- Immonen-Orpana, P. 2008b. Physiotherapist student perceptions of the learning process. In Piirainen, A. & Sarekoski, I. (Eds) *Customer-driven CaringTV - concept for elderly family care givers living at home - Final report of the Coping at Home -research*. Laurea Publications A 62. Vantaa. <http://markkinointi.laurea.fi/julkaisut/a/a62.pdf>
- Immonen-Orpana, P. 2009. Onnistuneen ikääntymisen ymmärrystä rakentamassa. Fysioterapeuttiopiskelijoiden oppiminen kestävästä kehitystä edistävän kasvatuksen kehityksessä. Väitöstutkimus. Helsingin yliopisto. Käyttäytymistieteellinen tiedekunta. Soveltavan kasvatustieteen laitos. Tutkimuksia 300. Helsinki.
- Jones, R., Skirton, H. & McMullan, M. 2009. Feasibility of combining e-health for patient with e-learning for students using synchronous technologies. *Journal of Advanced Nursing* 56(1), 99-109.
- Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2008. JHS 168 Videoneuvottelun käyttö julkisessa hallinnossa. <http://www.jhs-suositukset.fi/web/guest/jhs/recommendations/168/full>

- Jyrkämä, J. & Sankari, A. (toim.) 2007. Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa. 3. lisäpainos., Tampere: Vastapaino.
- Kairy, D., Lehoux, P., Vincent, C. & Visintin, M. 2009. A systematic review of clinical outcomes, clinical resources, healthcare utilization and costs associated with telerehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2009; 31(6):427-447.
- Kaitsaari, T. 2007. Ikääntyneiden lääkkeiden käyttö. Viitattu 6.6.2011 vanha.soc.utu.fi/sospol/sosger/.../alue3/laakehoito.pdf
- Kanste, O. 2011. Johtajuuden yhteys hoitohenkilöstön työasenteisiin ja työhyvinvointiin. *Tutkiva Hoitotyö* 9 (2), 30-35.
- Kirjonen, J., Remes, P. & Eteläpelto, A. (toim.) 1997. Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopiston koulutuksen tutkimuslaitoksen julkaisuja. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Koiranen, M. 2006. E-health - Pasiivisesta potilaasta aktiiviseksi hoidon osatekijäksi. Turun kauppakorkeakoulu.
- Koskinen, S. 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa: Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuuselonteon raportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33. Helsinki: Edita Prima.
- Koskisu, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima.
- Kotiranta, P. 2008. Asumiseen laatua informaatio-ohjauksella. Arviointia vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen vaikutuksista kunnissa. Stakesin raportteja 31/2008.
- Krons, M. 2003. Seniorin opas: vinkkejä, palvelua, terveyttä. Helsinki: Tammi.
- Kumpusalo, E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 8/1991. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Kuoppala, T. & Säkkinen, S. 2010. Lastensuojelu 2009. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 29/2010.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr29_10.pdf
- Kuula, A. 2000. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.
- Kuutti, W. 2007. Käytettävyys, suunnittelu ja arviointi. Talentum. Korkeakoulusarja. Helsinki. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino.

Kylmänen-Kurkela, E., Meriläinen, S., Rysti, M. & Valvanne, J. 2009. Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009-2015. Täyttä elämää ikääntyneenä. Espoon kaupunki Sosiaali- ja terveystoimen julkaisusarja 2/2009.

Kyrö, P. 2004. Benchmarking as an Action Research Process. Benchmarking: An International Journal 11 (1), 52-73.

Laamanen, K. 2009. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Ideasta käytäntöön. Suomen laatu keskus. 8. Painos.

Lastensuojelulaki 2007. Finlex, 75 §. Viitattu 10.5.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417#P75>.

Lastensuojelun käsikirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaaliportti. Viitattu 10.5.2010. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/jalkihuolto/>

Lehenkari, J., Kautonen, M., Lemola, T. & Viljamaa, K. 2009. Innovaatiotoiminta muutoksessa. Uudet toimintatavat ja niitä tukevat politiikkatoimenpiteet alue- ja paikkallistasolla. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Innovaatio 69/2009. Helsinki: Edita Publishing.

Lehto, P. (toim.) 2008. KOTIIN-hanke. Asiakasvetoiset interaktiiviset ratkaisut ikääntyvän kotona selviytymisen tukena. Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja A 63. Espoo: Redfina.

Leino-Kilpi, H. & Tuomaala, U. 1989. Research ethics and nursing science: an empirical example. Journal of Advanced Nursing 14: 451-455.

Lillrank, P. & Parvinen, P. 2004. Omistaja, prosessi, potilas. Suomen Lääkärilehti 59 (10), 1052-1055.

Luotonen, A., Marttila, S., Hyypä, K., Botero, A. & Kommonen, K.-H. 2011. Kohti avointa innovaatiotoimintaa - yhteissuunnittelun lähestymistapoja ja menetelmiä. Teoksessa Nyström A.-G. & Leminen, S. (toim.) Innovoi(tko) yhdessä asiakkaittesi kanssa. Näkemyksiä Livin Lab -toimintaan. Fin Lab -toimijat: Turku. 55-70.

Mackenzie, C. 2000. Adult spoken discourse: the influence of age and education. International Journal of Communication Disorders 35, 269-285.

Mielenterveyden keskusliitto ry 2011. Viitattu 10.5.2011.
http://www.mtkl.fi/tietopankki/arjessa_selviytyminen/asuminen/.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Nielsen, J. (2000). WWW-suunnittelu. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Pounonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY. 215-221.

Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:30. Helsinki: Yliopistopaino.

Ovaska, S., Aula, A. & Majaranta, P. 2005. Johdatus käytettävyystudkimukseen. Tampere.

Piirainen, A. (2008). The CaringTV concept as an agent of change in the service culture of family care givers. In Piirainen, A. & Sarekoski, I. (eds.) Client-driven CaringTV concept for elderly family care givers living at home. Final Report of Coping at Home research. Laurea Publications A 62. Helsinki: Edita Prima.

Public Consultation on the eHealth Action Plan (eHAP) 2012-2020. Viitattu 10.5.2011. <http://www.ehealthnews.eu/research/2544-public-consultation-on-the-ehealth-action-plan-ehap-2012-2020>.

Puoskari, D. 2008. Asiakastyytyväisyys osallistumisesta HyvinvointiTV:n lähe-tykseen KOTIIN-hankkeessa. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Raappana, A. & Melkas, H. 2009. Teknologian hallittu käyttö vanhuspalveluis-sa. Opas teknologiapäätösten ja teknologian käytön tueksi. Viitattu 23.5.2011. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/59191/isbn%209789522148650.pdf?sequence=5>

Raij, K. & Lehto, P. 2008. CaringTV as a Service Design with and for Elderly People. In Tsihrinitzis G.A, Virvou M., Howlet R.J. & Jain L.C (eds.) New Direc-tions in Intelligent Interactive Multimedia. Berlin: Springer-Verlag. 481-488.

Raij, K. & Lehto, P. 2010. e-Welfare as a Client Driven Concept. In Tsihrinitzis G.A & Jain L.C. (eds.) Multimedia Services in Intelligent Environments. Berlin: Springer. 283-298.

Rajala, A., Pirnes, H. & Hiroo, H. 2007. Elderly Care Services in Transition: In-creasing Value through Client-Provider Collaboration. In Erjanti, H. and Oga-sawara, K. (eds.) Refurbishing Elderly Care - The New Streams and Organisa-tional Transformation in Finland and Japan. Laurea Publications. Helsinki: Edi-ta Prima.

Ranti, T. & Kivikangas, M. 2011 Living Lab -menetelmän rooli ja haasteet yri-tysten innovaatiotoiminassa. Teoksessa Nyström, A.-G. & Leminen, S. Inno-vi(tko) yhdessä asiakkaittesi kanssa. Näkemyksiä Living Lab -toimintaan. Turku: Painosalama.

Rask, M. 2010. Monitoring Policy and Research Activities on Science in Society in Europe (MASIS). COWI. Denmark. www.cowi.com.

Riikonen, J. 2006. Nelli tiedonhaku-portaalin käytettävyys ja hyödyllisyys yleisen kirjaston asiakkaan tiedonhankinnassa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, Informaatiotutkimuksen laitos. Viitattu 30.3.2010.
http://www.kansalliskirjasto.fi/kirjastoala/nelli/Files/liitetiedosto2/Riikonen_gradu%5B1.pdf

Rostila, I. 2001. Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeisen ongelmanratkaisun perusteet. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Russell, T. 2009. Telerehabilitation: a coming of age. The Australian Journal of Physiotherapy 2009; 55(1):5-6.

Russell, T., Buttrum, P., Wootton, R. & Gwendolen, A. 2004. Rehabilitation after total knee replacement via low-bandwidth telemedicine: the patient and therapist experience. Journal of telemedicine and Telecare 2004; 10 (1): 85-87.

Russell, T.G., Buttrum, P., Wootton, R. & Jull, G. A. 2003. Low-bandwidth telerehabilitation for patients who have undergone total knee replacement: Preliminary results. Journal of Telemedicine and Telecare 2003; 9 (5): 253-258.

Rönkä, K. & Orava, J. 2007. Kehitysalustoilla neloskierteeseen. Käyttäjälähtöiset living lab- ja testbed-innovaatioympäristöt. Tulevaisuuden kehitysalustat -hankkeen loppuraportti. Viitattu: 3.3.2009.
http://akseli.tekes.fi/opencms/opencms/OhjelmaPortaali/ohjelmat/Tila/fi/Dokumenttiarkisto/Viestinta_ja_aktivointi/Julkaisut/Kehitysalustoilla_raportti.pdf

Saastalo, P. 2009. Tekninen näkökulma Turvallinen koti -hankkeessa. Sähköpostitse toimitettu dokumentti teknisen näkökulman käsitelmäärittelyistä 13.3.2009. Julkaisematon lähde.

Saarela- Kinnunen, M. & Eskola, J. 2001. Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus? Teoksessa Aaltoila, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus.

Sarvimäki, A. 2007. Geroetiikka - eettinen näkökulma ikääntymiseen ja vanhuuteen. Gerontologia. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu 3/2007, 257-262.

Sinkkonen, I., Kuoppala, H., Parkkinen, J. & Vastamäki, R. 2002. Käytettävyyden psykologia. IT Press.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystalouden strategia. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Julkaisuja 2011:1.

Suhonen, L. & Siikanen, T. (toim.) 2007. Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla - hyöty vai haitta? Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Suomen Akatemia 2008. Vaikuttavuuskehikko ja indikaattorit. Suomen Akatemian julkaisuja 6/2008.

http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/06_08%20VINDI.pdf

Tanskanen, I. & Suominen-Romberg, T. (toim.) 2009. Esteettömästi saavutettavissa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 82. Tampereen Yliopistopaino.

Teksin innovaatiotoiminnan vaikutukset 2011. Tekes. Viitattu 6.6.2011. www.tekes.fi/u/vaikuttavuus2011.pdf

Theodoros, D. & Russell, T. 2008. Telerehabilitation: Current perspectives. *Studies in health technology and informatics* 2008; 131: 191-209.

Topo, P. 2007. Dementia, teknologia ja etiikka. *Gerontologia*. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu 3/2007, 221-230.

Topo, P. 2008. Ikääntyminen ja teknologia. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Turkka, A. 2008. Realistinen hyvinvointiteknologia kotona asumisen mahdollistajana. Ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Tekniikka ja merenkulku. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma.

Valtakunnallinen vammaisneuvosto, 1993. Viitattu 20.4.2011.

http://www.vane.to/index.php?option=com_content&view=article&id=81%3Aavammaisten-henkiloiden-mahdollisuuksien-yhdenvertaistamista-koskevat-yleisohjeet&catid=3&Itemid=8

Valtionneuvosto. 2007a. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen hallitusohjelma (19.4.2007). Viitattu 24.6.2008.

<http://www.valtionneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/fi.jsp>

Valtionneuvosto. 2007b. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Viitattu 24.6.2008. <http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/fi.jsp> []

Valtiovarainministeriö 2008. Käyttäjälähtöisyys verkkopalveluiden suunnittelussa. Viitattu 30.03.2010.

http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/04_hallinnon_kehittaminen/20080129Kaeyttae/verkkopalveluiden_suunnittelu.pdf

Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus 2003. Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:4. Helsinki.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Oaunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY. 26-34.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.

Winblad, I., Reponen, J., Hämäläinen, P. & Kangas, M. 2008. Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2007. Tilanne ja kehityksen suunta. Stakes Raportteja 37/2008.

Vuononvirta, T., Kanste, O., Timonen, M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Timonen, O., Ylitalo, K. & Taanila, A. 2009. Terveyskeskustyöntekijöiden kokemuksia etäterveydenhuollon käyttöön otosta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2009: 46: 272-284.

Vuorio, E. 2009. Vuorovaikutusta vertaisryhmän ehdoilla. Teoksessa Tanskanen, I. & Suominen-

Romberg, T. (toim.) Esteettömästi saavutettavissa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 82. Tampere: Tampereen Yliopistopaino. 89-108. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522160843.pdf>

Yin, R.K. (1994) Case Study Research, Design and Methods. Newton Park: Sage.

Ylitalo, J. & Backlund, J. 2010. Saisinko palvelua? - Virtuaalitekнологia mukana ikääntyneille suunnattujen palvelujen kehittämisessä, case: e-apteekkipalvelut. Opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu.

Åhlberg, M. 1993. Concept maps, Vee diagrams and rhetorical argumentation (RA) analysis: Three educational theory-based tools to facilitate meaningful learning.

Liitteet

Liite 1. Turvallinen Koti -hankkeen näkyvyys ja julkaisut

Konferenssit:

- Lehto, P. & Leskelä, J. 2009. Presentating Caring TV as a platform for elderly people. Oral presentation. International mini-week around the topic Health and Technology 27.-30.4.2009. Leuven, Belgium.
- Lehto, P. 2009. Userdriven methods in CaringTV context - Safe Home R&D project. Oral presentation. Innovating Service Clustering in Health and Social Sector 28.9. - 3.10.2009. Tohoku Fukushi University, Japan.
- Lehto, P. 2010. Towards Integration of the Action Research and User Driven Approach in the Caring TV Context. Oral presentation. International Workshop, Integrated Preventive Health and Social Care Services - Sendai Service Cluster Model in International Perspective - 25.-26.2.2010 Tohoku Fukushi University, Japan.
- Lehto, P. & Leskelä, J. 2011. Innovative CaringTV® as a learning platform for interactive programme and e-services. Oral presentation. INTED2011 7-9.3.2011.Valencia, Spain.
- Lehto, P. & Leskelä, J. 2011. e-Nurse - support for elderly living at home. Posterisitys. XVI Kansallinen telelääketieteen ja e-Health seminaari "Maalta maailmalle - Aluemalli terveyspalveluiden kehittämisessä" 14.-15.4.2011. Joensuu, Finland.
- Leskelä, J. & Lehto, P. 2011. e-Physiotherapy Consultations via Interactive CaringTV - Safe Home R&D project. Poster presentation. WCPT2011 20.-23.6.2011. Amsterdam, Holland.
- Leskelä, J., Stepanoff, J. & Lehto, P. 2011. Physiotherapy Students and Interactive Programmes in CaringTV. Poster presentation. WCPT2011 20.-23.6.2011. Amsterdam, Holland.

Artikkelit:

- Lehto, P. & Leskelä, J. 2010. HyvinvointiTV ikäihmisten tukena. Teoksessa. Syrjänen, M. (toim.) Asiantuntija-aikaa etäneuvotteluilla. Videoneuvottelukäytännöt julkishallinnossa ja asiakastyössä. Tampereen kaupunki. Tietotuotanto ja laadunarviointi. A 11/2010.
- Lehto, P. & Leskelä, J. 2011. Innovative Caringtv® as a learning platform for interactive programme and e-services. INTED 2011.

- Lehto, P. 2010. CASE: HyvinvointiTV® & Active Life Village - esimerkki terveys- ja hyvinvointialan Living labista. Teoksessa Nyström A-G & Leminen S. Innovi(tko) yhdessä asiakkaittesi kanssa. Näkemyksiä Living Lab -toimintaan. Turku: Painosalama.
- Vuorio, E. 2009. Vuorovaikutusta vertaisryhmän ehdoilla. Teoksessa Tanskanen, I. & Suominen-
- Romberg, T. (toim.) Esteettömästi saavutettavissa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 82. Tampere: Tampereen Yliopistopaino. 89-108.

Muut julkaisut:

- Perusselvitys vertaistuotannosta 2010. Valtioneuvoston kanslian tilaama perusselvitys vertaistuotannosta. Helsinki: Ajatuspaja e2.
- HyvinvointiTV:n avulla vuorovaikutteista liikuntaneuvontaa. Aivohalvaus- ja dysfasialitto ry:n julkaisusarjan raportti nro 4 / Aivovoimaa! -projektin raportti / Helena Pietilä. 4/2010
- Turvallinen Koti / OMANA -hankkeessa luodaan hyvinvointia e-palvelujen avulla. Hyvinvointipalvelut elämäntapa- ja tutkimus- ja kehitystoimintaan 2007-2010/Turun ammattikorkeakoulun julkaisu 2010.
- Lehto, P., Leskelä, J. & Matero, R. 2011. Kooste ”On muita ratkaisuja, 1001 esimerkkiä asumisesta”, pieni innovatiivisten tekojen tori: Interaktiivinen HyvinvointiTV asumisen tukena. Helsinki: Lyhty ry.
- Kehittämispohjaista oppimista, LbD-opas 2011. HyvinvointiTV oppimisympäristönä - case Turvallinen Koti -hanke. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Tapahtumat:

- Keskustelutilaisuus kansallisesta laajakaistastrategiasta ja toteuttamisesta Varsinais-Suomessa 22.10.2008, Turku
- Auralan Senioripäivä 26.08.2008, Turku
- Senioripäivä 24.10.2008, Turku
- Avoimien ovien päivä 1.12.2008, Laitila
- Esittelytilaisuus Auralan kansalaisopistolla 24.3.2009, Turku
- Auralan senioripäivä 25.8.2009, Turku
- Living Lab seminaari 3.11.2009, Helsinki

- Apuvälinemessut 5.-7.11.2009, Tampere
- Hyvinvointiteknologiamahdollisuudet asiakkaan, työntekijän ja läheisen apuna -koulutustilaisuus 12.11.2009, Turku
- Vanhuspalvelujen festarit 18.11.2009, Puolarmetsän sairaala
- Studiebesök 8.12.2009, Turku
- Vanhustyö2010 -messut 10.2.2010, Espoo Tapiolan Kulttuurikeskus
- Interaktiivinen e-palveluohjaus tilaisuus 15.2.2010. Tallinnan tekninen korkeakoulu
- Vipuvoimaa EU:lta Hanketietoisku 12.3.2010, Lahden Sibeliustalo
- Koulutustilaisuus Auralan kansalaisopistolla 18.3.2010
- Suomen Telelääketieteen ja eHealth-seuran XV kansallinen seminaari 8.-10.4.2010, Helsinki-Tukholma-Helsinki
- Hyvät tietoteknologiakäytännöt sosiaalialalla -työpaja 13.4.2010, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Laurea
- Expo 2010 Shanghai, toukokuu 2010, China
- Laurean alueneuvottelukunta toukokuu 2010, Espoo
- Laurean kansainvälinen auditointi, kesäkuu 2010, Espoo
- Ikääntyneiden taiteiden yö -tapahtuma Auralan kansalaisopistolla 12.8.2010, Turku
- Senioripäivä Auralassa 24.8.2010, Turku
- Ajatuspaja e2 Think tank istunto vertaistutannosta 8.9.2010, Helsinki
- Lastensuojelun projektien esittelyä Valtuustosalissa 9.9.2010, Espoo
- World Design Capital 2012. Luovuus ja innovaatiot suunnittelun menestystekijöinä -seminaari. 9.9.2010. Espoo, EVTEK
- Kuntamarkkinat 15.-16.9.2010, Helsinki
- Perhehoitotyön uudet mahdollisuuden lastenhoitotyössä. Case esimerkkinä Turvallinen Koti. Lastenhoitopäivät 16.9.2010, Turku
- Tuomarilan perhetukikeskuksen avoimet ovet 24.9.2010, Espoo
- Ikäihmisten käyttäjälähtöinen teknologia -seminaari, Hyvä ikä -messut 30.9.2010, Tampere
- Turun Kirja- ja Tiedemessut 1.10.2010, Turku

- Learning by Developing - New Ways to Learn, 3rd Conference on Future Expertise in Higher Education, preconference 12.10.2010. Laurea, Tikkurila
- Kotonako turvassa? -seminaari 13.10.2010, Loimaa
- Gerontologisen hoitotyön päivät 28.10.2010, Turku
- KÄKÄTE -projektin verkottumistilaisuus 3.11.2010, Helsinki
- KÄKÄTE -projektin verkottumistilaisuus 4.11.2010, Turku
- Pieni innovatiivisten tekojen tori 22.1.2011, Lyhty Helsinki
- Vanhustyö2011 -messut 30.1.2011, Espoo Tapiolan Kulttuurikeskus
- TKI-kampuksilla: opiskelijoille suunnattu tapahtuma 9.2.2011, Turku
- Sairaanhoitajapäivät 2011 18.3.2011, Helsinki
- Oppimisympäristöt & LbD -päivä 13.4.2011, Laurea Tikkurila
- Benchmarking- ja yhteistyömatka hyvinvointiteknologiayrityksen edustajien luokse 14.-15.4.2011, Tukholma ja Kööpenhamina
- Hyvät tietoteknologiakäytännöt sosiaalialalla -Innopaja 10.5. 2011, Helsinki, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos
- Terve-Sos2011 tapahtuma 18.-19.5.2011, Espoo
- Digital Story Telling project team evaluation visit 13.-16.6.2011. Bukarest, Romania

Media:

- Muistoja mummin ja vaarin kanssa, Kerttulan 2B-luokkalaiset osallistuivat interaktiiviseen televisio-ohjelmaan. Kaupunkiuutiset 19.11.2008.
- Televisio palvelemaan ikäihmisten tarpeita. Vanhustyö 1/2009.
- Nykyaikainen, turvallinen koti. Kehittäjä / Prime Mover 1/2009.
- HyvinvointiTV tukee kotona asuvia vanhuksia. DIAKONIA 2/2009.
- Vireää vanhustoimintaa Tapiolassa. ESSE 2.4.2009.
- HyvinvointiTV - miten se liittyy kirjastoon? Kirjastolehti 23.4.2009.
- HyvinvointiTV arjen tukena. Patina 8.6.2009.
- YhteisöTV voi pelastaa syrjäytymiseltä. Eläkkeensaaja 7-8, 10.6.2009.
- HyvinvointiTV hellii kehoa ja mieltä. Kirkko ja Me 18.6.2009.

- Virtuaalimaailmasta jaksamista iäkkäille omaishoitajille. Salon seudun sanomat 29.10.2009.
- Henkireikä tuo ihmiset lähelle & HyvinvointiTV:n ääressä jumpataan ja jutellaan. Turun sanomat, Kodin elektroniikka-liite 10.11.2009.
- Mitä kuuluu, Irja? Laitila etujoukoissa e-hyvinvointipalvelujen kehittämisessä. Laitilan Sanomat 20.11.2009.
- Snart kan du handla mat via TV:n. Åbo Underrättelse 9.12.2009.
- HyvinvointiTV Portsakodissa. Portsan Sanomat 3/2009.
- Nettitelevisio tuo säpinää arkeen. YLE / Antti Eintola 26.1.2010.
- Vetovoimainen Varsinais-Suomen kehittäjä / HyvinvointiTV tuo virikkeitä ikääntyvän arkeen. Tekniikka & Talous / Tutkimus & Kehitys Opas 5.2.2010.
- HyvinvointiTV virkistää vanhuksia. SVT uutiset ja verkkojulkaisu 19.2.2010.
- Sähke uutislähetyksessä/HyvinvointiTV:n esittelyä. TurkuTV 3.3.2010.
- Må bra-tv ger vård och nya vänner. HyvinvointiTV:n merkitys asiakkaan näkökulmasta.
- Hufvudstadsbladet 7.5.2010.
- Laurea Otaniemi luo hyvinvointia ja yrittäjyyttä. Yrityskuvalehti kevät 2010.
- Tukea lastensuojeluperheille hyvinvointitelevision välityksellä. Sosiaalitiето 3/10.
- Turusta virtuaalista apteekkipalvelua. Apteekkari.fi 24.6.2010.
- HyvinvointiTV. Turkulainen.fi/Kansanedustaja Janina Anderssonin blogi 1.9.2010.
- Hyvinvointitelesio tuo ihmisen yksinäisen vanhuksen lähelle. Maaseudun Tulevaisuus 6.9.2010.
- Vamma ei estä oppimista. Kirkko & Kaupunki 4.10.2010.
- Kotisohvalta eetteriin. Lähellä -lehti/Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry 10/2010.
- Laureassa opiskellaan ja tuotetaan hyvinvointia. ESSE 4.11.2010.
- Lähes satavuotiaskin voi innostua tuolitanseista. Länsiväylä 1.1.2011.

- Lääkeneuvontaa voi tehdä myös virtuaalisesti. Aurinkolaiva-lehti (Turun AMK:n sidosryhmälehti) 1/2011.
- Hyvinvointitelevisio on nykyaikaa. Exlibris Aboensis -lehti, nro 73 1/2011.
- Turvallinen Koti -hanke. Sosiaali- ja kuntatalous 2/2011.
- It's good to be a Finnish Grandma. The Russian Maecenas / Northwest, An Almanac of Social Partnership, Issue #10. April 2011.
- Virtuaaliset e-palvelut asiakkaiden arjen tukena - Turvallinen Koti -hanke. Sosiaali- ja kuntatalous 3/2011.

Hankkeen seminaarit:

- Hyvinvointiteknologia työntekijän apuna - seminaari 5.2.2009, Turku.
- Turvallinen koti -hankkeen aloitusseminaari 7.5.2009, Espoo.
- e-palvelu aamubrunssi -ideointi seminaari 17.11.2009, Espoo.
- Asiakaslähtöinen teknologia ja e-hyvinvointipalvelut -seminaari 3.3.2010, Turku.
- Turvallinen Koti -hankkeen e-palveluseminaari 17.5.2010, Espoo.
- Tulevaisuuden e-palvelut hyvinvoinnin tukena - Turvallinen Koti -hankkeen väliseminaari 30.11.2010, Espoo.
- Virtuaalipalvelut arjen apuvälineenä vanhustenhuollossa - Turvallinen Koti / OMANA-hankkeen päätösseminaari 12.5.2011, Turku.
- Virtuaalisuus voimavarana - teknologia mahdollistajana, Loppuseminaari 30.8.2011, Espoo.

Tuotokset:

- Seijan päivä 2011. Käyttäjälähtöinen DVD Turvallinen Koti -hankkeesta.
- Ikääntyvän päivä 2011. Käyttäjälähtöinen DVD Turvallinen Koti -hankkeesta.

Opinnäytteet:

- Achale, H. & Akeme, 2010. Support for elderly clients to live at home via Caring TV. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.

- Ahola, H. 2010. Tutkimus ikääntyneille toteutettavista e-hyvinvointipalveluista HyvinvointiTV:n kontekstissa. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Apajalahti, S. 2011. Hyvinvointia mielenterveyskuntoutujille virtuaalisesti : Ohjelmasarja HyvinvointiTV:lle. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Asikanius, N. & Haapatalo, J. 2011. Etäohjaus ikääntyneiden mielialaa kohottavana ryhmämuotoisen tasapainoharjoittelun välineenä. Opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu.
- Asteljoki, S. 2010. Assessing perspectives of values for eService development process of Renal Patients and their Next of Kin. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Erholtz, E. 2010: Salon omaishoitajien virtuaalisen neuvontapalvelun kehittäminen. Opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu.
- Hyvönen, H. 2011. Adolescents' health promotion by Equine Assisted Activities. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Jouhki, I. & Saarinen, K. 2010. HyvinvointiTV®:n lähetysiin osallistuvien ikääntyvien fyysinen toimintakyky. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Karhu, T. 2011. Prosessikuvaus sairaanhoitajan e-vastaanotosta HyvinvointiTV®:ssä. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Koivula, E. 2011. HyvinvointiTV®:n soveltuminen lastensuojelulaitoksen nuorille – Työntekijän näkökulma nuoren toimijuudesta. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Koljonen, E. & Kujansivu, S. 2011. Käyttäjien kokemuksia e-blogi työvälineestä lastensuojelussa. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Koskinen, T. 2011. Launching CaringTV onto the Japanese market: a cost approach in focus. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Kurki, M. 2009. HyvinvointiTV mukana omaishoitajan arjessa. Opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu.
- Laakso, J. 2010. Prosessimallinnus: Case HyvinvointiTV:n lääkäri vastaanotto. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.

- Laitinen, A. & Lindberg, M. 2010. Kartoitus mielenterveyskuntoutujien odotuksista HyvinvointiTV:n ohjelmien sisällöstä. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Laitinen, S. 2011. Sanaleikkejä senioreille HyvinvointiTV:ssä. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Malmi, I. & Löfhjelm, E. 2011. HyvinvointiTV:n pientenlasten lastensuojeluhanke - Äidin ja lapsen välisen varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Martikainen, M. 2009. Ruoanvalmistuksen hygieniä ja turvallisuus sekä uutuuselintarvikkeet osana Hyvinvointi TV:n ohjelmatarjontaa. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Muros, T. 2010. Dog-Assisted Interventions In Mental Health Rehabilitation. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Määttänen, K. 2010: HyvinvointiTV asiakkaan näkökulmasta. Opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu.
- Paakkinen, A. & Kautto, J. 2011. Body Awareness Therapyn mahdollisuudet edistää mielenterveyskuntoutujan toimintakykyä: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus HyvinvointiTV®:n ohjelmasuunnittelun tueksi. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Pinomaa, J., Kihlman, M. & Tuulonen, A. 2009. Ikääntyvien kokemuksia liikuntapainotteisista HyvinvointiTV:n ohjelmista Espoossa. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Rantala, M. & Toivonen, K. 2010: HyvinvointiTV:n ohjelmapaketin suunnittelu- ja toteutusprosessi - Ikääntyneille ja omaishoitajille informaatiota apuvälineistä, kodinmuutostöistä ja esteettömyydestä. Opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu.
- Salminen, A. 2009. Ruusuja tytöille - aikaa asiakkaille, asiakastytytyväisyys Laitilan kotipalvelussa. Opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu.
- Ylitalo, J. & Backlund, J. 2010. Saisinko palvelua? - Virtuaalitekнологia mukana ikääntyneille suunnattujen palvelujen kehittämisessä, case: e-apteekkipalvelut. Opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu.

Kaikki opinnäytetyöt on luettavissa www.theseus.fi.

Lisäksi 7 opinnäytetyötä on valmistumassa.

Turvallinen Koti -hanke on ollut Euroopan unionin Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) rahoittama ja toteutunut Uudenmaan, Kymenlaakson ja Varsinais-Suomen alueella 1.9.2008-31.8.2011. Hanke koostui kahdesta osahankkeesta: Ehyenä-osahankkeesta (Laurea-ammattikorkeakoulu) ja Omana-osahankkeesta (Turun ammattikorkeakoulu).

Turvallinen Koti -hankkeen tarkoituksena oli tutkia, kehittää, tuottaa ja arvioida eHyvinvointipalveluja eri asiakasryhmien hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä kuntoutumisen tai kotona selviytymisen tukemiseksi. Hankkeen tutkimuksellisenä lähtökohtana oli toimintatutkimus ja käyttäjälähtöiset menetelmät. Interaktiivista Turvallinen Koti -hankkeessa asiakkaat, opiskelijat, kunnat, yritykset ja kolmannen sektorin toimijat kehittivät yhdessä eHyvinvointipalvelukonseptia HyvinvointiTV®:tä ja muita soveltuvia teknologioita hyödyntäen.

Tässä julkaisussa tarkastellaan Turvallinen Koti -hankkeen tuloksia toimintatutkimuksen ja eri käyttäjäryhmien näkökulmista case-esimerkein. Arviointia ja vaikuttavuutta kuvataan asiakkaiden, asiantuntijoiden, osaamisen ja tekniikan näkökulmista.

Hankkeessa tuotettiin HyvinvointiTV:n käsitteellinen malli ja HyvinvointiTV:n palvelukokonaisuus, joka muodostuu interaktiivisista ohjelmasisällöistä ja valituista ePalveluista.

Jatkohaasteena on edelleen tutkia HyvinvointiTV:n ja eri hyvinvointiteknologisten ratkaisujen siirrettävyyttä ja vaikuttavuutta. HyvinvointiTV:n konseptin siirrettävyys edellyttää tiivistä yhteistyötä kuntien ja eri palvelutuottajien kanssa.

ISSN 1458 7238
ISBN 978-951-799-241-1



LAUREA

www.laurea.fi